

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DISERTAČNÍ PRÁCE

**Osoby s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie
jako cílová skupina speciální pedagogiky**

Vypracovala: PhDr. Mgr. Lada Furmaníková

Školitelka: prof. PhDr. et RNDr. Marie Vágnerová, CSc.

Ústí nad Labem 2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto disertační práci vypracovala samostatně a výhradně s využitím informačních zdrojů uvedených v seznamu literatury.

V Ústí nad Labem dne 1. 6. 2009

1. FORMULACE PROBLÉMU A CÍLE PRÁCE	11
2. KONKRETNÍ DEFIKITY PŘI SCHIZOPRENI	13
2.1. Zápřehledná část	13
2.2. Deficit kognitivních funkcí jako závažný příznak schizofrenie	23
2.3. Deficit v oblasti kognitivních funkcí a jeho dopad	29
2.4. Komplexní deficit jako prognostický indikátor sociální adaptability a kvality života	40
3. VÝZKUMY S DÍLEKVNÍ PŘECHOD V OBLASTI SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY	54
3.1. Úroveň a kvalita života osob se závažnými kognitivními poruchami	55
3.2. Pedagogické intervence: cíle a metody	73
4. PÍČKY O ONOVY SE SCHIZOPRENIÍ V ČESKÉ REPUBLICE	89
4.1. Závažná porucha kognitivních funkcí a její dopad	91
4.2. Úroveň a kvalita života osob se závažnými kognitivními poruchami	97
4.3. Pedagogické intervence: cíle a metody	107
5. METODY PRÁCE S KLÍČOVÝMI KAPITOLAMI KONKRETNÍ DEFIKITY V DŮSLEDKU SCHIZOPRENIÍ	141
5.1. Komplexní deficit	141
5.2. Kognitivní deficit	141
5.3. Deficit v oblasti kognitivních funkcí a jeho dopad	141
5.4. Deficit v oblasti kognitivních funkcí a jeho dopad	141
5.5. Deficit v oblasti kognitivních funkcí a jeho dopad	141
5.6. Deficit v oblasti kognitivních funkcí a jeho dopad	141
5.7. Deficit v oblasti kognitivních funkcí a jeho dopad	141
5.8. Deficit v oblasti kognitivních funkcí a jeho dopad	141
5.9. Deficit v oblasti kognitivních funkcí a jeho dopad	141
5.10. Deficit v oblasti kognitivních funkcí a jeho dopad	141

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat školitelkám prof. PhDr. et RNDr. M. Vágnerové, CSc. za cenné rady, připomínky, ochotu a trpělivé vedení práce, doc. PhDr. Marie Černé, CSc. za podporu, kterou mi poskytla v počátcích mého studia, a také všem dalším lidem, kteří byli ochotni se mnou nad prací diskutovat. Poděkování patří také uživatelům a pracovníkům Domova se zvláštním režimem Krásná Lípa, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. FORMULACE PROBLÉMU A CÍLŮ PRÁCE.....	10
2. KOGNITIVNÍ DEFICIT PŘI SCHIZOFRENIÍ	13
2.1 Kognitivní funkce.....	13
2.2 Schizofrenie.....	16
2.3 Deficit kognitivních funkcí jako jádrový příznak schizofrenie.....	23
2.4 Vznik, průběh a oblasti kognitivního deficitu u schizofrenie.....	26
2.5 Kognitivní deficit jako prediktor snížené sociální adaptability a kvality života.....	40
3. OSOBY S DUŠEVNÍ PORUCHOU V OBORU SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA.....	54
3.1 Osoby s duševním onemocněním jako cílová skupina psychopedie.....	55
3.2 Pedagogické zákonitosti, zásady a metody.....	59
4. PÉČE O OSOBY SE SCHIZOFRENIÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	69
4.1 Zdravotnická péče poskytovaná osobám se schizofrenií	74
4.2 Další podpora poskytovaná osobám se schizofrenií.....	78
4.3 Péče o osoby s chronickým duševním onemocněním.....	87
5. METODY PRÁCE S LIDMI VYKAZUJÍCÍMI KOGNITIVNÍ DEFICIT V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIÍ.....	89
5.1 Farmakoterapie kognitivního deficitu.....	96
5.2 Reedukační metody přímo zaměřené na zlepšování kognitivních funkcí (rehabilitace kognitivních funkcí).....	99
5.3 Rehabilitační metody zaměřené na rozvoj schopností a dovedností spojených se společenským a pracovním uplatněním.....	107
6. ŠETŘENÍ V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	122
6.1 Metodologie výzkumného šetření.....	124
6.2 Místo šetření a výběr respondentů.....	124
6.3 Použité metody u osob se schizofrenií.....	126

6.4	Použité metody u personálu.....	131
6.5	Průběh výzkumného šetření.....	133
6.6	Zpracování dat.....	135
7. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....		138
7.1	Demografické charakteristiky skupiny respondentů - osob se schizofrenií využívající službu Domova se zvláštním režimem.....	138
7.2	Výsledky vyšetření kognitivních funkcí u osob se schizofrenií využívající službu Domova se zvláštním režimem.....	143
7.3	Charakteristika skupiny respondentů – zaměstnanců Domova se zvláštním režimem v přímé péči.....	153
7.4	Vnímání a vliv kognitivního deficitu na postupy uplatňované zaměstnanci v přímé péči.....	154
8. DISKUSE.....		165
8.1	Diskuse k výsledkům výzkumného šetření.....	165
8.2	Diskuse k použité metodologii výzkumného šetření.....	171
9. DOPORUČENÍ.....		173
9.1	Doporučení pro práci s osobami s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie.....	174
9.2	Podněty pro další výzkum.....	181
ZÁVĚR.....		183
RESUMÉ.....		185
SUMMARY.....		186
POUŽITÁ LITERATURA.....		187
SEZNAM SCHÉMAT, TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ.....		195
PŘÍLOHY.....		197

Speciálně pedagogická teorie a praxe prochází v České republice zejména v posledních dvaceti letech velmi dynamickým vývojem. Zcela zásadní změnou z hlediska vymezení oboru byl přesun orientace na celkový osobnostní rozvoj člověka. Původně klíčové téma výchovy a vzdělávání jedince v dětství či adolescenci je pojímáno jako jeho nezbytná, ne však jediná součást. Toto komplexnější zaměření na člověka s postižením v celém jeho životním cyklu, na jeho měnící se potřeby a možnosti podpory v různých etapách jeho života, přináší do oboru nová témata a otázky. Pro speciální pedagogiku se tak, mimo jiné, otevírá tematika podpory rozvoje a začleňování osob s duševní poruchou, a zejména pak schizofrenií jako nejtěžší z nich. Přes její dosavadní opomíjení lze nalézt řadu dobrých důvodů pro to, aby speciální pedagogika začala reagovat na potřeby praxe. Podobně jako speciální pedagogika i psychiatrie dnes preferuje maximální možnou (re)integraci těchto osob do společnosti. To se však jeví jako problematické u lidí se schizofrenií, a to nejen díky pozitivním a negativním příznakům, ale také kvůli přetrvávajícímu deficitu kognitivních funkcí (zejm. poruchám pozornosti, paměti a exekutivních funkcí). Psychiatrii a neuropsychologové se začali deficitem kognitivních funkcí jako jedním z jádrových příznaků u osob se schizofrenií podrobněji zabývat v 80. letech 20. století.

V současné době je prokázána nejen existence deficitu kognitivních funkcí, ale i jeho přetrvávání v období remise nemoci a zejména výrazný negativní vliv na adaptivní dovednosti a schopnost uplatnit se v běžném, každodenním životě. Navíc bývá deficit kognitivních funkcí poměrně výrazně rezistentní vůči psychofarmakům i některým terapeutickým intervencím. To vše dává prostor pro uplatnění zkušeností speciální pedagogiky, která disponuje metodami a postupy, jak podpořit osoby s kognitivním deficitem. Kromě farmakoterapie jsou při ovlivňování deficitu kognitivních funkcí užívány metody psychologické a sociální. Jedná se o rehabilitaci kognitivních funkcí, a to zejména prostřednictvím speciálních počítačových programů, a o socioterapeutické přístupy, především ergoterapii a nácvik sociálních dovedností. Úspěšnost v těchto programech je do značné míry ovlivněna právě úrovní kognitivních funkcí, a je proto důležité uvažovat nad způsoby, které by těmto lidem umožnily uvedených metod co nejefektivněji využívat.

Dalším důvodem ke zvýšení zájmu o problematiku je rozvoj alternativních, mimoústavních způsobů podpory osob s duševním onemocněním a také snaha tradiční nebo neefektivní způsoby péče transformovat takovým způsobem, aby lépe odpovídaly individuálním potřebám, možnostem a schopnostem těchto osob. Kromě péče tradičně poskytované dospělým lidem s duševním onemocněním ve zdravotnických zařízeních, zejm. psychiatrických ambulancích a psychiatrických léčebnách, nebo v ústavech sociální péče

(dnes v domovech se zvláštním režimem), tak začala být práva osob podporována prostřednictvím dalších zdravotních a sociálních služeb. Po roce 1989 začaly tyto služby poskytovat zejména nestátní organizace, a to v oblasti bydlení, zaměstnávání, vzdělávání a volného času. Od roku 2007 se od státních i nestátních subjektů poskytujících sociální služby očekává zajištění srozumitelné, informované a efektivní spolupráce profesionálů s uživateli služeb. To klade nové nároky na personál spolupracující s osobami se schizofrenií, které vykazují výrazný deficit v oblasti kognitivních funkcí.

Z toho předpokladu vychází základní cíl práce: navrhnout postupy a definovat zásady pro práci s lidmi, kteří vykazují kognitivní deficit v důsledku onemocnění schizofrenií. Práce je zaměřena na osoby využívající speciální pobytové zařízení sociálních služeb – Domov se zvláštním režimem. Nejdříve však s ohledem na absenci informací o této specifické cílové skupině bude nutné cílovou skupinu popsat a zmapovat stav jejich kognitivních funkcí (resp. ověřit přítomnost a hloubku kognitivního deficitu). Doplnkově budou získány informace o tom, jak deficit kognitivních funkcí vnímá personál tohoto zařízení, který je těmto osobám v přímé péči, a zejména, zda mu přizpůsobuje své způsoby práce.

Vzhledem k tomu, že navrhované postupy budou vycházet ze speciálně pedagogických, především psychopedických, zásad a metod, a protože problematika duševních poruch není ve speciální pedagogice podrobněji zpracována, považuji za nezbytné ukotvit problematiku skupiny osob se schizofrenií v systému speciálně pedagogických věd.

Problematice kognitivního deficitu při schizofrenii není dosud v české odborné literatuře věnováno příliš pozornosti (převážná většina prací je věnována samotnému prokázání kognitivního deficitu), proto bude výzkumnému šetření předcházet několik kapitol, v nichž bude nastíněn současný stav poznání, a budou analyzovány dostupné poznatky. Deficit kognitivních funkcí bude dán do souvislosti se sníženou sociální adaptabilitou a kvalitou života osob se schizofrenií a bude popsán systém péče o osoby se schizofrenií v České republice, a to nejen po zdravotní, ale i po psychosociální stránce. Významná část práce je věnována metodám práce s lidmi vykazujícími kognitivní deficit v důsledku onemocnění schizofrenií: farmakoterapii, reedukačním metodám přímo zaměřeným na zlepšování kognitivních funkcí a rehabilitačním metodám zaměřeným na rozvoj schopností a dovedností spojených se společenským a pracovním uplatněním osob se schizofrenií. V práci jsou tedy integrovány poznatky a přístupy několika disciplín, a je tak svou povahou interdisciplinární.

Výzkumná část práce obsahuje popis, výsledky, analýzu a diskusi k šetření, které bylo vedeno s uživateli a pracovníky Domova se zvláštním režimem v Krásné Lípě (dříve domov důchodců s psychiatrickou péčí). Výzkum byl veden ve dvou základních liniích. Prvním výzkumným tématem byla charakteristika cílové populace osob se schizofrenií

využívajících službu domova se zvláštním režimem s důrazem na problematiku kognitivních funkcí. Druhou otázkou bylo, zda si je personál vědom kognitivních omezení uživatelů, jakým způsobem si je vysvětluje a jak s nimi pracuje, tj. jaké speciální metody a postupy využívá, aby se s nimi v každodenním životě pobytové služby vyrovnal. Závěrečné kapitoly se zaměřují na celkové závěry a doporučení a je zde diskutován význam dosažených výsledků pro teorii a praxi speciální pedagogiky. Důraz je kladen na aktuálnost tématu a jeho souvislost s otázkami a potřebami praxe, interakci s vývojem speciální pedagogiky (ale i příbuzných oborů) v mezinárodním kontextu a možnostmi dalšího rozvoje speciální pedagogiky.

1. FORMULACE PROBLÉMU A CÍLŮ PRÁCE

Maximální možné (znovu)začlenění osob s duševním onemocněním do společnosti, do prostředí, ve kterém žijí, do rozhodování o jejich životě, bývá obtížné. Je tomu tak zejména u osob, u nichž má duševní onemocnění dlouhodobý průběh a zároveň se projevuje negativními příznaky a deficitem kognitivních funkcí (zejm. poruchami pozornosti, paměti a exekutivních funkcí). Psychiatrie, psychologie a sociální práce jako základní obory, které se zabývají problematikou osob s duševní poruchou, dosud nevěnovaly dostatečnou pozornost metodám práce s osobami s kognitivním deficitem, který přetrvává i v období remise a značně ovlivňuje schopnost osob se schizofrenií uplatnit se v běžném, každodenním životě. Oproti tomu speciální pedagogika se podpoře (dospělých) osob s kognitivním deficitem, i když jiné etiologie, jejich sociální a pracovní integraci, věnuje dlouhodobě a disponuje tedy metodami, postupy a způsoby práce s osobami, které mají snížené kognitivní schopnosti, tedy metodami, které by v práci s lidmi se schizofrenií bylo možno využít.

Lze vymezit i další důvody, které by měly vést ke zvýšení zájmu speciální pedagogiky o skupinu osob s duševní poruchou, zejména o osoby, které vykazují kognitivní deficit v důsledku onemocnění schizofrenií. Snaha o integraci osob s duševní poruchou se projevuje mimo jiné snahou rozšířit spektrum alternativních, extramurálních služeb, které by doplňovaly nebo nahrazovaly péči zdravotnickou. Je tedy třeba definovat postupy, zásady a specifické přístupy, které by umožňovaly využívání takových služeb osobami vykazujícími kognitivní deficit. Navíc samotné existenci deficitu kognitivních funkcí při schizofrenii byla věnována větší pozornost teprve nedávno, a tak není divu, že nebyly navrženy adekvátní postupy a zásady pro práci s těmito osobami.

O skupině osob využívajících sociální služby nemáme téměř žádné vědecké poznatky. Tato práce (a zejména část výzkumná) tak bude vedena s cílem zisku nových, relevantních poznatků o skupině osob se schizofrenií využívajících sociální službu z důvodu potřeby poměrně velké podpory druhé osoby ze strany. Cílovou skupinou této práce představují osoby s kognitivním deficitem vzniklým v důsledku schizofrenie využívající sociální služby. Vzhledem k tomu, že přítomnost těchto osob v sociálních službách lze pouze předpokládat, neexistuje žádné relevantní vědecké potvrzení, bude výzkumná část práce koncipována jako deskriptivní sonda, která bude podávat první informace o tom, **kdo jsou tito uživatelé služeb a jaký je stav jejich kognitivních funkcí**. V návaznosti na to je potřeba se ptát, **kdo jsou lidé, kteří s uživateli pracují a zda projevům (předpokládaného) kognitivního deficitu rozumějí a zda mu přizpůsobují svou práci**.

M. Škvrnělová

Cíle práce

Tato práce má tři vzájemně se doplňující základní cíle, z nichž dva jsou praktické a jeden teoretický.

1/ Popsat specifickou skupinu osob se schizofrenií využívající služby Domova se zvláštním režimem se zřetelem na stav jejich kognitivních funkcí

Vzhledem k tomu, že nejsou dispozici relevantní výzkumné práce, které by se věnovaly deficitu kognitivních funkcí u osob se schizofrenií dlouhodobě umístěných v pobytových sociálních službách, bude prvním cílem této práce provést úvodní sondu do problematiky a tuto specifickou cílovou skupinu zmapovat. Bude tak popsán vzorek populace osob se schizofrenií využívajících specializované zařízení sociálních služeb pro osoby s duševní poruchou: domov se zvláštním režimem, se specifickým zaměřením na kognitivní funkce. Cílem výzkumné části práce je především potvrdit míru případného poškození kognitivních funkcí na základě měření kognitivního výkonu.

Na šetření kognitivních funkcí u osob se schizofrenií bude doplňkově navazovat šetření zaměřené na zaměstnance, kteří přímo pracují s osobami se schizofrenií, s cílem zjistit, zda jsou zaměstnanci v přímé péči schopni deficit kognitivních funkcí identifikovat a zda takové zjištění nějakým způsobem ovlivňuje jejich způsoby práce s těmito uživateli.

Šetření v domově se zvláštním režimem tedy bude vedeno ve dvou základních rovinách:

- a) Popsat základní charakteristiky a úroveň kognitivních funkcí osob se schizofrenií využívajících službu domova se zvláštním režimem.
- b) Zjistit, jak vnímá kognitivní deficit personál v domově se zvláštním režimem a zda přizpůsobuje své způsoby práce jeho projevům.

2/ Přispět k adaptaci metod práce s lidmi s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie návrhy a doporučení vycházejícími ze speciálně pedagogické teorie

Na základě zjištění z šetření v domově se zvláštním režimem budou v souladu s odbornou literaturou navrženy postupy a definovány zásady pro spolupráci profesionálů s osobami, které vykazují kognitivní deficit v důsledku schizofrenie. Hloubka a rozsah kognitivního deficitu souvisí s osvojováním a udržováním sociálních, interpersonálních a pracovních dovedností, tedy jak s důvody, které vedou k využívání pobytových služeb, tak s možnostmi dalšího rozvoje těchto osob a spolupráce s druhými v rámci využívání služby. Tyto skutečnosti bude nutné zohlednit.

3/ Ukotvit problematiku osob s duševním onemocněním, zejména schizofrenií v systému speciálně pedagogických věd

Problematika cílové skupiny této práce, resp. skupiny osob s duševním onemocněním, nemá dosud v oboru speciální pedagogika své místo. V odborné speciálně pedagogické literatuře jsou spíše jen nastíněny možnosti, jak tuto problematiku integrovat do oboru. Podpora osob s duševním onemocněním aktuálně spadá, společně s oblastí podpory osob s mentální retardací, do oblasti psychopedie. Je otázkou, do jaké míry se jedná jen o formální sloučení dvou rozdílných skupin nebo se předpokládá, že takovému zařazení odpovídají i speciálně pedagogické, resp. psychopedické terapeutické metody a postupy.

2. KOGNITIVNÍ DEFICIT PŘI SCHIZOFRENIÍ

Kapitola je věnována poznatkům týkajících se deficitu kognitivních funkcí, který se vyskytuje u osob nemocných schizofrenií. Budou vymezeny základní pojmy v této oblasti a popsány základní skutečnosti týkající se schizofrenie a deficitu kognitivních funkcí jako jednoho z jejích základních příznaků. Text bude věnován nejen vzniku, průběhu, oblastem a souvislosti kognitivního deficitu s některými příznaky schizofrenie, ale zejména důsledkům, které má kognitivní deficit na každodenní fungování člověka, tj. na dovednosti spojené s péčí o vlastní osobu, se samostatným bydlením, na komunikační a kooperační dovednostmi, na schopnost orientace člověka vůči jiným osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, na schopnost zacházet s časem a plánovat a na schopnost zapojit se do sociálních aktivit, včetně pracovních a volnočasových. Zmíněna bude i problematika vyšetřování kognitivních funkcí neuropsychologickými testovými metodami.

2.1 Kognitivní funkce

Termín kognitivní funkce¹ je využíván především v odborné psychologické, neuropsychologické a psychiatrické literatuře, a to jako jednotící pojem pro funkce a schopnosti, které se vztahují k poznávacím procesům, zejména ke schopnostem člověka pracovat s informacemi. Jedná se o jejich výběr, třídění a integraci, tedy schopnost chápat informace a dále je využívat. Kognitivní funkce zahrnují širokou škálu psychických schopností a funkcí jako je vnímání, paměť, pozornost, exekutivní funkce, schopnost uvažování a řečové schopnosti. Pozornost a paměť jsou pak základními předpoklady ke všem kognitivním funkcím a operacím. Preiss (2006) uvádí, že se jedná o širokou škálu mentálních schopnosti, které závisejí na koordinovaném a integrovaném fungování mozku, především na funkci mozkové kůry. Klíčová pro kognitivní funkce je zejména dopaminová

¹ V praxi bývá někdy zaměňován pojem kognitivní funkce (kognice) a inteligence. Pojem inteligence označuje určitý hypotetický konstrukt, jehož obsah je sporný, obvykle však bývá užíván pro označení obecné schopnosti adaptace nebo dispozice k myšlení nebo k označení integrace jednotlivých kognitivních funkcí (Nakonečný, 1998). Mezi inteligencí a kognicí existuje vztah - úroveň intelektu do určité míry ovlivňuje kognitivní procesy (Lenderová, 2004). Ve starší literatuře se objevuje názor, že inteligence lidí trpících schizofrenií není ovlivněna (Janík, Dušek, 1987), v poslední době se však objevují studie (např. Weickert et al., 2000), které potvrzují, že pokles IQ u lidí, kteří trpí schizofrenií, je poměrně častý, nejde však o obecnou charakteristiku schizofrenie. Každopádně v případě dílčích kognitivních schopností a funkcí dochází při onemocnění k poklesu, který není determinován hodnotou IQ a je tak jádrovým příznakem onemocnění. V této souvislosti je nutné upozornit na problematiku měřitelnosti IQ lidí se schizofrenií. Hodnota zjištěná dostupnými testovacími metodami, které bývají z různých důvodů nepřesné, je relativní a jejich aplikace v praxi psychiatrie bývá často provázána různými komplikacemi. V průběhu vyšetření vstupují do popředí proměnné, jako je vztah nemocného k vyšetřujícím, úroveň motivace, míra úzkostného prožívání testové situace nebo kvalita pozornosti.

aktivace v prefrontálním kortexu (Mohr, 2006). Zároveň se jedná o funkce, které jsou důležité pro interakce člověka s okolním sociálním i materiálním světem.

Preiss (2006) dělí kognitivní funkce do tří oblastí: funkce receptivní (zahrnující práci s informacemi), paměť, učení a myšlení a expresivní funkce. Funkce exekutivní, stejně jako oblast emocí a motivaci, od kognitivních funkcí odděluje. Tůma (1999), Lenderová (2004), Kučerová, Říhová (2006) a další funkce exekutivní řadí mezi kognitivní funkce. Z tohoto pojetí vycházím i v této práci.

Pozornost

Pojem pozornost označuje psychickou funkci, proměnnou duševní činnosti, která zajišťuje výběrovost (selektivitu) jakékoli psychické aktivity. Pozornost umožňuje aktivní zpracovávání vybraných informací ze zásoby údajů v paměti, z informací dopadajících na percepční systémy a z myšlenkových procesů a jejich uložení v paměti. Součástí mechanismu pozornosti jsou vědomé i nevědomované, zautomatizované procesy, obsahy tohoto mechanismu nemusí být nutně součástí vědomí (Sternberg, 2002). Zároveň tento pojem označuje určitý aktuální stupeň aktivity psychických funkcí, a to v souvislosti s úrovní vědomí.

Pozornost lze hodnotit v těchto komponentách:

- schopnost zaměřit vnímání potřebným směrem jako schopnost vyhledávat a určovat objevení nového podnětu, schopnost detekovat cílové signály; souvisí se schopností rychle reagovat (Sternberg, 2002);
- schopnost zaměřit pozornost na relevantní podněty, upřednostňovat určité podněty před jinými velmi výrazně souvisí se schopností dále s těmito vybranými podněty pracovat prostřednictvím dalších psychických funkcí, např. řešení problémů (Sternberg, 2002);
- schopnost udržet zaměřenou pozornost po určitou dobu na určitém objektu (Preiss (2006) uvádí 10 – 30 min.);
- schopnost přesunout pozornost z jednoho objektu na druhý,
- schopnost dělit pozornost mezi několik podnětů současně, tj. schopnost věnovat se dvěma nebo více činnostem ve stejné době za předpokladu, že pozornost dělíme podle potřeby.

Paměť

Kulišťák (2003, s. 153) definuje paměť² jako „*schopnost organismu zaznamenat, uchovávat a posléze nalézt určitou informaci*“. Jedná se o proces, který zahrnuje tři

² Pojem paměť a termíny s ním spojené jsou v odborné psychologické a psychiatrické literatuře užívány nejednotně.

mechanismy: vstup, kdy jsou informace kódovány, transformovány do mentálních reprezentací, uchování, v němž jsou informace uskladněny a výstup, v němž jsou informace vybavovány (Sternberg, 2002, s. 182). Paměťové funkce jsou tak nezbytné pro orientaci osobou, místem a časem, zajišťují pocit osobní kontinuity - vnímání minulosti, přítomnosti a budoucnosti (Rodriguez, Mohr, 2004). Paměť je také základním předpokladem schopnosti učit se a bývá rozdělována na nedeklarativní (implicitní) a deklarativní (explicitní). Nedeklarativní paměť udržuje naučené vzorce chování včetně podmíněných reflexů, osvojených postupů a stereotypů (paměť procedurální) a adaptační reakce na různých úrovních. Tyto dovednosti jsou nepřístupné vědomé pozornosti, nelze je přímo reprodukovat, znázornit, popsat. Deklarativní paměť je explicitní, má charakter slovní, tj. výrok, zapamatovaný příběh nebo tvrzení, nebo neslovní v podobě zobrazení nebo představy (Koukolík, 1997). Tyto informace jsou přístupné vědomé pozornosti. Odpovídá na otázky kde, co (složka sémantická nebo encyklopedická) a na otázky kde, kdy (složka epizodická nebo kontextuální).

Paměť lze také dělit podle typu informací, které obsahuje nebo podle délky udržení informací, a to na pracovní, krátkodobou a dlouhodobou (Kulišťák, 2003). Krátkodobá paměť zahrnuje uchování informačního materiálu po krátkou dobu (cca 1 min.), materiál nebývá v paměti fixován. Pracovní paměť je funkční systém mozku, který umožňuje dočasné zpracování a uchování informací nutných pro složité poznávací úlohy (Koukolík, 1997). Slouží jako registr psychické aktivity, dostupné informace slouží k řešení aktuální úlohy nebo problému, bezprostředně poté jsou překryty nebo vytěsněny souborem jiných informací (Preiss, 2006). O tom, co se z množiny informací rozříděné podle smyslů uloží do paměti, rozhodují nadřazené systémy. Pracovní paměť neoperuje jen s percipovanými informacemi, ale i s mentálními stavy a jejich zdroji, jedná se o jakýsi záznamník, poznámkový blok, v kterém jsou umístěny zrakově-prostorové nebo zvukové záznamy (Kulišťák, 2003). Do pracovní paměti patří i to, že si například uvědomujeme, co jsme druhému už nahlas řekli a co jsme si jen plánovali říct (Perglová, 2006). Dlouhodobou paměť dále dělíme na recentní, která uchovává nedávné události a trvalou, která uchovává časově vzdálené vzpomínky i v řádu desítek let. Paměť je tak nezbytnou součástí rozhodovacího procesu a procesu řešení problémů.

Paměť lze pokládat za funkci celého mozku (např. v hipokampu se zpracovává celá sensorická informace ze všech oblastí a při poruše tak dochází k amnézii), některé ze struktur však mají zásadní roli. Důležitými anatomickými koreláty paměti jsou bazální ganglia (Rodriguez, Mohr, 2004) – striatum, amygdala (emoční paměť), diencefalon (paměť na události), bazální telencefalon, mozeček (motorická paměť), hipokampus a také asociační korové oblasti nebo prefrontální kortex (pracovní paměť).

Řídící (exekutivní) funkce

Exekutivní funkce jsou zaměřeny na samostatné a účelné jednání (Preiss, 1998, s. 23). Zahrnují kognitivní procesy ovlivňující chování zaměřené k určitému cíli, tj. zejména volní schopnosti, regulaci pozornosti, schopnost plánovat a schopnost účelně jednat a dosáhnout cíle (Tůma, 1999). Jde o vícesložkový systém, který významně figuruje v každé mentální operaci (Kučerová, Říhová, 2006) a zaručuje, že člověk jedná víceméně nezávisle a produktivně (Preiss, 2003).

Preiss (2003, s. 24 a 49 podle Lezakové) odděluje čtyři složky exekutivních funkcí, které na sebe vzájemně navazují:

1. Vůli - předpoklad k dalšímu, cílenému jednání. Člověk před realizací výkonu musí být motivován, „chtít“.
2. Plánování - komplexní proces, který vyžaduje schopnost nalézt cestu, jak dosáhnout cíle, ale také schopnost reagovat flexibilně na změny a vytvářet alternativy. Předchází samotnému jednání a nadále ho provází.
3. Účelné jednání – jednání, které vede k cíli. Zaměřuje se na proces postupného naplňování jednotlivých kroků tak, aby bylo dosaženo stanoveného cíle.
4. Úspěšný výkon – výkon, jehož výsledkem je dosažení předem stanoveného cíle. Důležitý je výsledek.

Řídící funkce jsou velmi úzce propojeny s dalšími psychickými funkcemi, které regulují chování člověka. Fyziologicky bývá deficit v této oblasti spojován s postižením prefrontální kůry.

2.2 Schizofrenie

Schizofrenie je duševní choroba³, která je obecně charakterizována význačnými poruchami myšlení a vnímání, afektivitou, jež je nepřiměřená nebo oploštělá a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání (Češková, 2005). Narušení zahrnuje většinu základních funkcí, které vytvářejí osobnost jedince, jeho jedinečnost a sebekontrolu (Smolík, 1996). Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie.

³ Někdy je v literatuře využívám termín duševní (psychická) porucha - nepřesný termín používaný jako synonymum k pojmům duševní onemocnění nebo duševní nemoc. Označuje jakoukoli poruchu psychických funkcí ať získanou nebo vrozenou (Slovník psychiatrických termínů, 2004). V širším pojetí je označením pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka a znesnadňující jeho fungování ve společnosti (Hartl, Hartlová; 2004).

Schizofrenie má velmi rozmanité příznaky, které se u nemocných velmi liší a do určité míry se mohou lišit i u jedince v průběhu času (Češková, 2005). Podkladem těchto specifických projevů může být společný patofyziologický proces nebo celá skupina procesů, z nichž každý je příčinou jiných klinických projevů (podrobněji viz Motlová, Koukolík, 2004). Běžný požadavek pro diagnózu schizofrenie podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je, aby byl přítomen minimálně jeden velmi jasný příznak nebo dva (nebo více) méně jasných příznaků patřící ke skupinám níže uvedených příznaků 1. až 4., nebo aby byly přítomny příznaky alespoň ze dvou skupin uvedených pod body 5. až 9.

Příznaky schizofrenie jsou popsány v těchto diagnostických skupinách:

1. Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
2. Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují buď k pohybům těla nebo údů, nebo ke specifickým myšlenkám, k jednání nebo cítění; bludné vnímání.
3. Halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování člověka nebo o něm mezi sebou rozmlouvají; jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla.
4. Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné (náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti).
5. Přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami.
6. Zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologismy.
7. Katatonní jednání (vzrušenost, nástavy, flexibilitas cerea, negativismus, stupor ad.).
8. „Negativní příznaky“, zejm. výrazná apatie, ochuzení řeči, oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí.
9. Výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování (ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí, sociální stažení).

V psychiatrii jsou příznaky schizofrenie obvykle rozlišovány na pozitivní a negativní (Koukolík, 1997; Motlová, Koukolík, 2004; Pečeňák, 2005). Praško (2005) i Češková (2005) diferencují ještě kategorii příznaků kognitivních a afektivních. V původním neurologickém

pojetí byly za negativní symptomy považovány ty, které byly projevem přímé ztráty normální funkce v důsledku patologického procesu, a za pozitivní nadměrné nebo zkreslené projevy aktivních procesů následující ztrátu inhibičních mechanismů (Koukolík, 1997). Mezi pozitivní znaky schizofrenie se tak řadí projevy, které se v psychice a psychomotorice zdravého člověka nevyskytují, tj. symptomy jako jsou bludy, halucinace, formální poruchy myšlení, poruchy chování. Všechny tyto příznaky se projevují v chování člověka (Češková, 2005). Mezi negativní symptomy řadíme takové projevy, které znamenají ochuzení psychiky o jisté projevy - chudou emotivitu, emoční oploštělost, ztrátu trpělivosti, vytrvalosti, chudý verbální projev, omezení zájmů (Janík, Dušek, 1987). Právě přetrvávající negativní příznaky často bývají zdrojem trvalého zneschopnění člověka (Mohr, 1998; Češková, 2005).

Mezi kognitivní příznaky bývá řazeno (Praško, 2005; Češková, 2005) právě poškození v oblasti pozornosti, paměti, učení a exekutivních funkcí; mezi afektivní patří poruchy nálady, které jsou charakterizovatelné změnami intenzity emočních reakcí (jejich nepřiměřenosti), které varíují od pocitů beznaděje, zoufalství, deprese, strachu a úzkosti až k veselé náladě, nepřiměřeně vysokému sebevědomí a k neobvykle zvýšené aktivitě. Deprese bývá často přítomna již v počáteční fázi onemocnění a přetrvává i v dalším vývoji nemoci (sebevražda je nejčastější příčinou smrti u osob se schizofrenií, dokonaná sebevražda je udávána asi u 5 % osob se schizofrenií, Češková, 2005, s. 20). Mohr (1998) upozorňuje, že podobná vymezení mají v oblasti psychiatrie omezenou platnost, není totiž možné spolehlivě určit vztah mezi příznakem a charakterem poškození tkáně. Navíc se ukazuje, že takové dělení pro mnohost příznaků nedostačuje (Koukolík, 2000). Přes tyto nedostatky je dělení na pozitivní a negativní příznaky široce užíváno.

Další klasifikaci příznaků, v nichž jsou výše uvedené pozitivní příznaky rozděleny do dvou různých skupin, uvádí Koukolík (2000, s. 294):

1. psychomotorické ochuzení (ochuzení řeči a spontánních projevů, oploštění afektu, monotónnost hlasového projevu, zástavy v řeči, poruchy očního kontaktu ad.),
2. dezorganizace (nepřiměřená efektivita, obsahově chudá řeč, řečové inkoherece, snadná rozptýlitelnost ad.),
3. distorze skutečnosti (bludy a halucinace).

V literatuře je možné nalézt i jiné, méně klinicky a více na osobu a její životní situaci zaměřené přehledy typických znaků schizofrenie (Dorner, Plug, 1999; Marková a kol., 2006):

- Zejména v akutních fázích poruchy mají osoby obtíže s vnímáním sebe sama, resp. s oddělováním sebe od vnějšího světa. Obtíže se projevují v určování a udržování

vlastních hranic a jejich odlišování od hranic jiných osob a předmětů. Osoby se schizofrenií bývají na jednu stranu výrazně citlivé k narušení svých vlastních hranic, na druhou stranu pak mylně vnímají hranice druhých.

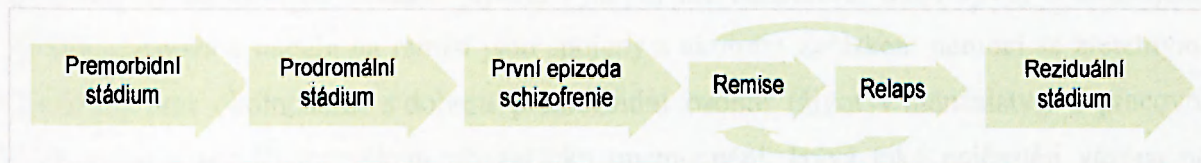
- Snížená schopnost vnímání a porozumění okolnímu světu a chápání reality se objevuje v neadekvátním odlišení podstatného od nepodstatného, neporozumění souvislostem nebo naopak přiřazování souvislostí jevům, které spolu nesouvisí. Vnímání je tak ovlivňováno vztahováním a pocitem ohrožení.
- Skutečnost, že si člověk uvědomuje, že něco není v pořádku, a zároveň zpětné vnímání reakcí druhých lidí na vlastní osobu, může vést - společně s nedostatkem spánku, obavami z hospitalizace, ztráty práce nebo bydlení a úzkostí - k nárůstu vnitřní tenze a neklidu.
- Halucinace mohou mít výrazný vliv na každodenní fungování člověka. Halucinace deformují, narušují „realitu“, kterou člověk vnímá, tedy i podněty, na které člověk reaguje, a snižují tak krom jiného i srozumitelnost reakcí pro běžné okolí.
- Pro schizofrenii je typická dezintegrace myšlenkových procesů. Člověk ztrácí schopnost úsudku, špatně vyhodnocuje informace a situace a chybí mu schopnost řešit problémy.
- V důsledku pocitů ohrožení a nedůvěry se osoba může začít stahovat do sebe, přestane se stýkat s okolím, straní se společenského i rodinného života, vyhledává samotu. Takové chování, společně s dalšími projevy schizofrenie, může být pro okolí obtížně akceptovatelné, což může vést k přerušování nebo úplné ztrátě kontaktů (včetně ukončení školní docházky nebo zaměstnání). Styx (2003, s. 94) uvádí, že pokud je zachována řeč, tak nemusí mít komunikační roli související s navazováním a udržováním sociálních vazeb.
- Všechny výše uvedené příznaky narušují běžné, každodenní fungování člověka. K prvním signálům zhoršování zdravotního stavu patří nápadné změny zevnějšku, změna v péči o domácnost a nezvládání každodenních činností (nákupy, hospodaření s finančními prostředky, styk s úřady ad.).

Průběh schizofrenie

Průběh onemocnění je velmi různorodý, často nelze jednoznačně určit jeho začátek a značně variuje i jeho průběh. Premorbidní a prodromální stádium předchází samotnému propuknutí nemoci (první atace schizofrenie), a pokud nedojde k uzdravení, mohou se dále střídát období remise s relapsy, v nichž dochází k opakování psychotických epizod. Po

prodělaném období může následovat reziduální stádium s případným postpsychotickým defektem (viz schéma 1).

Schéma 1 – Průběh schizofrenie



Přestože začátek může být náhlý, obvykle první epizodě schizofrenie předchází premorbidní stádium. V tomto období již lze identifikovat některé odchylky od běžného chování. Tyto odchylky nemají specifický charakter a na jejich základě není možno diagnostikovat onemocnění schizofrenií. Jedná se zejména o nenápadné, mírné odlišnosti v motorickém a sociálním vývoji, poruchy nálady, mírné obsedantní symptomy a sociální stažení (Motlová, Koukolík, 2004). Následuje prodromální stádium, v němž se projevují příznaky, z nichž některé mohou být zjevnější a mohou se blížit typickým psychotickým příznakům: úzkostnost, deprese, ozvláštněné vnímání nebo sklon ke vztahovačnosti (Pečeňák, 2005). Tyto nespecifické příznaky se mohou u jedince objevovat jak před první epizodou schizofrenie, tak i v dalším průběhu onemocnění před relapsy (Pečeňák, 2005). Uvedené změny vedou některé osoby nebo jejich blízké k tomu, že již v této fázi vyhledají pomoc lékaře.

První výrazné projevy schizofrenie, typické psychotické symptomy se obvykle objevují u mužů v pozdní adolescenci, mezi 15. a 20. rokem, u žen začíná schizofrenie v průměru o několik let později, nejčastěji mezi 25. a 30. rokem (Češková, 2005). První epizoda schizofrenie se projevuje pozitivními i negativními psychotickými příznaky, tedy poruchami myšlení, bludy, halucinacemi, poruchami motoriky, narušením souladu a organizace jednotlivých oblastí duševního života, narušením celkového projevu osobnosti. Předpokládá se, že na rozvoji a propuknutí akutní fáze schizofrenie mají vliv náročné životní události (úmrtí partnera, ztráta domova, práce, problematická rodinná situace ad.), resp. že pravděpodobnost rozvoje schizofrenie se zvyšuje se sníženou schopností vyrovnávat se se stresovými událostmi (Motlová, Koukolík, 2004). Jedná se o období, kdy nejčastěji dochází k první psychiatrické hospitalizaci (Motlová, Koukolík, 2004). Již první epizoda může být provázena změnou sociálních a pracovních schopností, které mohou vést až k invalidizaci osoby.

I další průběh nemoci, kdy je onemocnění již diagnostikováno, je velmi rozmanitý. Onemocnění se může projevovat v ojedinělých epizodách, stejně jako v opakovaných atakách s různým stupněm funkčního postižení mezi jednotlivými relapsy, nebo může mít

plíživý, dlouhodobě nepříznivý chronický průběh (Látalová, Pidrman, 2006). Schizofrenie tedy nemusí vždy chronifikovat nebo se nutně zhoršovat, může dojít i k úplnému uzdravení. Průběh schizofrenního onemocnění lze do jisté míry predikovat a v obecné linii lze vymezit dvě skupiny faktorů, na základě jejichž výskytu lze odhadnout další vývoj onemocnění. Dobrá prognóza a naděje na remisi jsou spojeny s akutním začátkem nemoci se zřetelnými precipitujícími okolnostmi, s dobrou premorbidní osobní (život v manželství) a pracovní anamnézou a pozdějším věkem při začátku onemocnění. Bývá také nejčastěji vázána na paranoidní formu onemocnění a na vyskytující se poruchy nálad u osoby nebo v její rodině. Pokud se týká symptomatologie, pak lepší průběh onemocnění je spojen s výskytem pozitivních příznaků, zmateností, napětím, úzkostí a hostilitou (Smolík, 1996; Češková, 2005). Oproti tomu špatná prognóza bývá spojena s plíživým nenápadným začátkem bez precipitujících okolností, špatnou premorbidní sociální a pracovní anamnézou a brzkým začátkem onemocnění. Je vázána zejména na hebefrenní a nediferencovanou formu schizofrenie. Špatný průběh predikuje hereditární zatížení v rodině, perinatální zátěž, přítomnost neurologických abnormalit, negativní symptomatika, ale i absence příznaků hostility a poruch nálad (Smolík, 1996; Češková, 2005).

Pro další průběh bývá orientačně uváděno prognostické „pravidlo třetin“ (Smolík, 1996; Češková, 2005): třetina osob nemocných schizofrenií po několika málo atakách vede běžný způsob života, nemoc u nich ustoupí a po období relapsů a remisí dochází ke stabilizaci nebo trvalé remisi s minimální reziduální symptomatikou. Třetina osob se schizofrenií trpí bez přestání některými příznaky onemocnění, relapsy se střídají s remisemi. Některým osobám z této skupiny je přiznáván vzhledem k neschopnosti udržet si zaměstnání invalidní důchod. Poslední třetina je trvale zřetelně postižena a vyžaduje častou hospitalizaci nebo stálou péči. Schizofrenie tak patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity (Češková, 2005). Výzkumy přesněji uvádějí, že lidí, kteří prodělají jen jednu psychotickou epizodu bez následného postižení, je asi 22 % (Motlová, Koukolík, 2004; Češková, 2005). Osob, které prodělají několik epizod s žádným nebo minimálním následným postižením, je asi 35 % (Češková, 2005). Ostatní osoby se schizofrenií opakovaně prožívají relapsy nebo mohou psychotickými příznaky trpět bez přestání. U 8 % z nich následují po první atace schizofrenie další relapsy a jejich stav se nevrátí k normě, 35 % osob prodělá několik epizod, přičemž jejich postižení se zhoršuje (Češková, 2005). Relapsy se vyskytují asi u čtvrtiny osob se schizofrenií i při udržovací medikaci a mohou mít negativní vliv na průběh choroby, protože snižují lékovou odpověď, vedou k rezistenci na léčbu a navíc každá epizoda zvyšuje možnost výskytu další epizody (Češková, 2005).

Reziduum je výsledný stav po prodělaném schizofrenním onemocnění, který zahrnuje především negativní symptomy – zanedbávání zevnějšku, sociální stažení, plochou

emotivitu ad. Velmi výrazná bývá změna odolnosti vůči zátěži, psychická odolnost se snižuje, stává se nevyrovnanou a všední věci či situace jsou prožívány jako nezvladatelné (Motlová, Koukolík, 2004). Povaha postpsychotického stavu je určována mnoha faktory, krom jiného povahou poskytnuté léčby, dostupností rehabilitace nebo účinnou ochranou před zátěží.

Pokud se týká seniorů se schizofrenií, tak výzkumy naznačují, že stárnutí samo o sobě není negativním faktorem, naopak, přestože většina osob i ve stáří trpí psychotickými symptomy, dochází k ústupu psychopatologie (Jeste et al., 2003). Tento jev je spojován s konceptem tzv. „vyhoření“ (burn-out) schizofrenie.

Epidemiologie

Celoživotní prevalence schizofrenie v populaci se pohybuje kolem 0,85 - 1% (Koukolík, 1997). Epidemiologický výzkum schizofrenie má však řadu omezení. Jednak narážíme na problém různých diagnostických kritérií a systémů a absenci specifických diagnostických testů, a tak se zvyrazňují se problémy s identifikací jednotlivých případů, jednak se mění společenská tolerance abnormního chování a význam role nemocného v různých kulturách (Höschl a kol., 2002). Schizofrenie patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity (Češková, 2005).

Incidence je stejná u obou pohlaví, tj. 2-4 případy na 10 000 osob ročně. Ženy mívají mírnější formu onemocnění, benignější průběh, jsou méně často hospitalizovány a jsou sociálně adaptabilnější než muži. Tento rozdíl je pravděpodobně způsoben vlivem estrogenu na dopaminergní systém (Češková, 2005). Schizofrenie je diagnostikována přibližně u 25 % pacientů psychiatricky hospitalizovaných a 50 % pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok (Češková, 2005, s. 15).

Etiologie a patogeneze

Na rozvoji schizofrenie se podílí interakce řady rizikových mechanismů od genetických vlivů až po vlivy zevního prostředí (Koukolník, Motlová, 2004; Češková, 2005). Vliv dědičných faktorů je dokázán genetickými studii rodin a sourozenců. Děti rodičů, kteří mají schizofrenii, mají až desetkrát větší riziko, že onemocnění se projeví i u nich. Kromě genetické predispozice jsou dalšími rizikovými faktory některá onemocnění spojená se závažnou dysfunkcí centrální nervové soustavy, prenatálními a perinatálními příčinami, abúzem návykových látek ad. Mnohé z těchto faktorů mohou působit již v perinatálním období a vést k abnormalitám ve vývoji mozku s následnou zvýšenou

vulnerabilitou ke stresu. Psychická zátěž je tak dalším rizikovým faktorem, který může přispět k tomu, že se u daného jedince rozvinou výrazné psychotické příznaky (Češková, 2005).

Pokud se týká patologicko-anatomických změn v rámci mozku, pak se v souvislosti se schizofrenií objevuje řada strukturálních abnormit. Bylo zjištěno snížení objemu některých mozkových struktur (temporální lalok, amygdala, dorzolaterální prefrontální kortex) a redukce bílé hmoty mozkové (Češková, 2005). Plasticitu je však možno ovlivnit vnějšími vlivy – negativně v případě nedostatku vnějších stimulů, nebo pozitivně učením (Češková, 2005). U schizofrenie jsou popsány i některé funkční změny mozku. Z neurotransmiterů, které zprostředkovávají přenos nervového signálu mezi neurony na synapsích svojí vazbou na receptory, bývá nejvíce zkoumaným neurotransmiterem dopamin a serotonin jejich vliv na vznik některých příznaků a možnosti jejich farmakoterapeutického ovlivnění jsou popsány níže.

2.3 Deficit kognitivních funkcí jako jádrový příznak schizofrenie

Schizofrenie je duševní onemocnění, které ovlivňuje celou osobnost, její myšlení, citění i jednání a významně narušuje i fungování osoby v běžných sociálních podmínkách. Oproti dřívější představě se v poslední době opakovaně potvrzuje, že poruchy kognitivních funkcí jsou jednou z nejvýznamnějších oblastí postižení u lidí nemocných schizofrenií. Problematika poškození kognitivních funkcí se stává i jedním z významných výzkumných témat, protože se ukazuje, že právě deficit v oblasti pozornosti nebo paměti ovlivňuje každodenní život osob se schizofrenií a má podíl na jejich selhávání v osobní a pracovní oblasti (Kučerová, Říhová, 2006; Perglová, 2006 ad.).

Na přítomnost deficitu v této oblasti upozorňují psychiatři již více než 100 let. Již v roce 1896 Kraepelin popisuje duševní stavy progresivního charakteru, které vedou různě rychle ke zchudnutí a oslabení duševního života (Libiger, 1991) a odděluje je od afektivních psychóz (Kučerová, Říhová, 2006). Snížení úrovně psychických funkcí u svých pacientů považuje za natolik významný jev, že pro popis skupiny závažných psychických poruch přejímá Morelův termín „*démence précoce – dementia praecox*“. Kraepelin - na rozdíl od Bleulera, který roku 1911 prosazuje název schizofrenie - vyjadřuje názor, že tato dysfunkce má v mozku anatomický podklad a že poškození mozkové kůry jsou jen částečně zvrtná (Libiger, 1991; Kučerová, Říhová, 2006). Upozornil například na nápadné poruchy paměti u schizofrenie a paměťový deficit označil jako nehluboký, ale charakteristický a progresivní

(Rodriguez, Mohr, 2004). Bleuler je toho názoru, že schizofrenie není svým charakterem organická demence, zdůrazňuje rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním a domnívá se, že poruchy myšlení u schizofrenie souvisí s poruchami elementárních kognitivních procesů.

Přesto v první polovině 20. století převládal názor, že kognitivní deficit není primárním příznakem nemoci. Výzkumy byly převážně zaměřeny na typologii schizofrenie, bylo odlišeno několik podskupin. Teprve později, s rozvojem techniky byly objeveny neurochemické látky, které zajišťují přenosy vzruchů na synapsích neuronů a jejichž nerovnováha v mozkových systémech je spojována se schizofrenií, byly provedeny epidemiologické a transkulturální studie a byl tak potvrzen vztah schizofrenie k některým psychologickým a sociálním faktorům (Kučerová, Říhová, 2006). Kognitivní deficit byl považován za druhotnou komplikaci, která byla dávana do souvislosti se sníženou motivací osob při testových vyšetřeních nebo byl pokládán za následek hospitalismu a v druhé polovině 20. století i za nepříznivý důsledek užívání některých antipsychotik (Tůma, 1999). V té době byly jako synonyma pro patologické změny duševní činnosti v důsledku poškození mozku užívány takové výrazy jako organicita, organický psychosyndrom, deteriorace kognitivních funkcí, encefalopatie ad. (Preiss, 2006). Vliv výše uvedených faktorů je uznáván i v současné době, avšak jako sekundární - prohlubující primární kognitivní dysfunkci (Kučerová, Říhová, 2006). Pravděpodobně to bylo důsledkem toho, že až do 70. let minulého století neexistovaly žádné zobrazovací metody, které by mohly potvrdit nebo vyvrátit návaznost deficitu na neuromorfologické změny mozku. Od konce 70. let se právě s rozvojem nových metod objevují práce potvrzující nejen častý výskyt komorové i korové atrofie mozku u lidí se schizofrenií (Zapletálek et al., 1983; Koukolík, 2000), ale i další změny, které by mohly mít souvislost s kognitivním deficitem při schizofrenii. Jedná se zejména o změny limbického systému, zmenšování objemu hipokampu, talamu, bazálních ganglií ad. (Koukolík, 1992; Rodriguez, Mohr, 2004). Studie také ukazují, že osoby se schizofrenií mají celkově menší objem mozku v porovnání s běžnou populací (Koukolík, 2000). Mnohé z nich dokazují, že k morfologickým změnám mozku dochází již v průběhu první epizody schizofrenie, a že tyto změny mohou dále progredovat (Liberman et al., 2005; Koukolík, 2000).

Pokud se týká funkčních změn v oblasti mozku, pak byly prokázány poruchy produkce některých neurotransmiterů při schizofrenii a zároveň byl prokázán vztah mezi produkcí neurotransmiterů⁴ a kognitivními funkcemi. Vliv jednotlivých neurotransmiterů na

⁴ Neurotransmitery – látky, které zprostředkovávají přenos nervového signálu mezi neurony na synapsích svojí vazbou na receptory. Tento signál mohou předávat, zesilovat, zeslabovat nebo modulovat (Mohr, 2006, s. 300).

kognitivní funkce osob se schizofrenií popisuje Mohr (2006) Dopamin je neurotransmitter, který má vliv na kontrolu pohybů, motivaci a libost. V prefrontální mozkové kůře má dopaminová aktivace zásadní význam pro kognitivní funkce (Friedman et al., 1999). Podílí se na vzniku psychotických příznaků a jeho blokace při užívání antipsychotik vede k pohybovým a endokrinním nežádoucím příznakům. Experimenty ukazují, že stimulace dopaminergní transmise zlepšuje výkon jen při nízkých dávkách. Serotonin se podílí na regulaci emotivity, úzkosti a impulsivity. Serotoninové receptory působí na dopaminergní systém, který zprostředkovává účinky atypických antipsychotik ve smyslu zlepšování kognitivních funkcí. Selektivní působení na některé skupiny receptorů pravděpodobně zlepšuje verbální paměť a exekutivní funkce. Noradrenalin, který patří i mezi stresové hormony, má podíl na regulaci pozornosti; impulsivity, kognice a emotivity. Kromě centrální nervové soustavy působí na sympatický nervový systém. Hlavní noradrenergní jádro locus coeruleus spolupracuje s prefrontálním kortexem a reaguje na nové stimuly a zároveň oslabuje rozptylující vjemy. Tím umožňuje soustředit pozornost. Byly realizovány experimenty využívající selektivních inhibitorů zpětného vychytávání noradrenalinu s cílem zvýšit jeho hladinu v prefrontální kortexu (Friedman et al., 1999 upozorňuje na pozitivní výsledky při výzkumech na zvířatech). Acetylcholin je excitační neurotransmitter, který se podílí na regulaci kognitivních a motorických funkcí. Vztah mezi cholinergní transmisí a kognitivním deficitem je popsán zejména u primárních kognitivních poruch (Alzheimerova demence ad.), ale výzkumy tento vztah dokumentují i u schizofrenie. Glutamát je hlavním excitačním neurotransmiterem. Má výrazný vliv na kognitivní funkce, učení a paměť. Jeho nedostatek je spojován i s negativními symptomy schizofrenie.

Nálezy strukturálních a funkčních změn tak potvrdily, že kognitivní deficit je primárním, jádrovým příznakem schizofrenie. Objevují se proto i návrhy na zařazení kognitivního deficitu mezi diagnostická kritéria schizofrenie (Kučerová, Říhová, 2006). Otázkou stále zůstává, zda je kognitivní deficit spojovaný se schizofrenií globální a postihuje tedy všechny parametry kognitivních funkcí, nebo se jedná o poškození dílčích specifických parametrů (Weickert et al., 2000; Kučerová, Říhová, 2006).

K docenění výzkumů a obratu zájmu k oblasti kognitivních funkcí a jejich specifických změn při schizofrenii dochází až v posledních letech. Zájem o problematiku kognitivního deficitu a jeho nápravy vzrůstá od 80. let 20. století, kdy vznikl Brennerův Integrovaný psychoterapeutický program, který v sobě zahrnoval právě část, v které se osoby zaměřovaly na zlepšování kognitivních funkcí jako podmínky k zlepšení sociálních kompetencí. Je zde tedy předpoklad, že je možné kognitivní funkce zlepšovat. Oproti tomu se objevuje studie, která zjišťuje neschopnost osob se schizofrenií těžit z návodů a instrukcí při neuropsychologickém testování a která tak zakládá představu, že tato dysfunkce je

způsobena abnormalitou prefrontálního kortexu, kterou nelze napravit. Podobných rozporů je možné nalézt v oblasti výzkumu kognitivních funkcí osob se schizofrenií, ale i v oblasti sociálního fungování a rehabilitace těchto osob, celou řadu (jejich podrobný přehled od roku 1992 podává Bellack et al., 1999). Výsledky neuropsychologických testů ukazují, že nejzávažnější poškození je v oblasti paměťových funkcí, pozornosti a řídicích (exekutivních) funkcí. Toto poškození se v různé míře vyskytuje u všech typů schizofrenie, a to přesto, že u některých forem poruchy je kognitivní deficit překryt pozitivními příznaky. Zvláště výrazný deficit lze pozorovat u simplexní formy schizofrenie a u stavů, které někdy bývají označovány jako postprocesuální defekt, tj. defekt různého stupně, který je následkem zřejmé a trvalé redukce funkcí a vývojových možností osobnosti v důsledku poškození nervových buněk nebo synapsí po proběhlém chorobném procesu (Janík, Dušek, 1987). Specifický profil a míra poškození však je individuálně odlišná (Kučerová, Říhová, 2006). Kognitivní deficit je nezávislý na hloubce ostatních symptomů, medikaci a je spojen s horším sociálním fungováním a sníženou schopností nezávislého fungování v komunitě (Green et al., 2004).

Výsledky některých výzkumů poukazují na korelaci poruch kognitivních funkcí s negativními příznaky nemoci. Není však zcela jasné, zda negativní příznaky schizofrenie souvisí s kognitivním deficitem přímo nebo nepřímo; jejich vztah mohou ovlivňovat další faktory, jako jsou závažnost a chronicita onemocnění nebo účinky psychofarmak (Lieberman et al., 2005; Tůma, 1999). Někteří autoři se domnívají (Hogarty et al., 2005), že porušené kognitivní funkce jsou hlavním podkladem tzv. negativních příznaků schizofrenie. Poruchy kognitivních funkcí a jejich pravděpodobné vyjádření ve formě negativních příznaků schizofrenie se pak mimo jiné stávají i kritériem pro kategorické klasifikace schizofrenie. Modely, které z takového třídění vycházejí, odlišují subtyp, který se vyznačuje přetrvávajícími a primárními negativními symptomy od jiného nebo jiných subtypů, u kterých převažují symptomy pozitivní (Carpenter et al., 1988). Lze se tedy domnívat, že kognitivní deficit se bude častěji vyskytovat právě u lidí, kteří trpí schizofrenií deficitního subtypu. Odpovídající výzkumy však nebyly dosud provedeny.

2.4 Vznik, průběh a oblasti kognitivního deficitu u schizofrenie

Názory na příčiny a povahu kognitivního deficitu při schizofrenii se různí. V odborné literatuře lze nalézt několik teorií, které se snaží vysvětlit vznik a průběh (otázky zlepšování, stability nebo prohlubování) kognitivního deficitu při schizofrenii. Tyto teorie v převážné většině korespondují s teoriemi o vzniku schizofrenie (podrobný přehled viz Libiger, 1991;

Tůma, 1999). V poslední době se psychiatrie znovu obrací k teorii o heterogenní povaze schizofrenie. Tato diskuse však má větší vliv na úvahy o stanovování diagnózy a etiologii schizofrenie, než o možnostech rehabilitace (Bellack et al., 1999). Objevuje se jak názor, že v průběhu nemoci může být kognitivní deficit stálý (Mohr, 1998; Rodriguez, Mohr, 2004; Kučerová, Říhová, 2006), tak že se může prohlubovat v akutních fázích nemoci (Tůma, 1999). Tyto teorie souvisí s otázkou, zda je kognitivní deficit klinickým příznakem neurodegenerativní choroby (v tom případě by se kognitivní deficit prohluboval), nebo stacionární encefalopatie (deficit by byl stálý). Pokud by kognitivní deficit byl primární, podstatnou součástí klinického obrazu schizofrenie, měl by se být jeho výskyt spojen se strukturálními změnami mozku (Kučerová, Říhová, 2006).

Většina teorií o vzniku samotné schizofrenie předpokládá změny v oblasti vývoje některých mozkových struktur již v období časného vývoje (prenatálního, perinatálního nebo časně postnatálního) a zdůrazňuje interakci časné neurobiologické léze a normálního vývoje (Tůma, Lenderová, 2001). Pokud se tedy předpokládá, že samotné onemocnění schizofrenií je vývojové povahy, mohou se některé kognitivní deficity projevovat již v časném dětství u osob, u nichž je později diagnostikována schizofrenie (Kučerová, Říhová, 2006), a to mírnými kognitivními a behaviorálními potížemi (poruchy pozornosti, hyperaktivita) a nižší výkonností ve vzdělávacích aktivitách (Tůma, Lenderová, 2001).

Pro potvrzení takových skutečností nejsou zatím jednoznačné důkazy. Walkerová a její spolupracovníci (1997 in Kučerová, Říhová, 2006) zpracovali studii využívající retrospektivních domácích videozáznamů dětí, které později onemocněly schizofrenií, a jejich sourozenců. V tomto výzkumu se ukázalo, že děti, které později onemocněly schizofrenií, vykazovaly již ve věku do dvou let více negativních emočních reakcí než jejich zdraví sourozenci a byly u nich shledány neobvyklé motorické projevy. U dětí ve školním věku pak byly popisovány příznaky, které provázejí právě kognitivní deficit, tedy obtíže ve čtení a matematice, nepozornost nebo poruchy ve zpracování informací. Bellack et al. (1990) doplňuje, že premorbidně se vyskytuje i snížená sociální kompetence. Takové výsledky podporují domněnku, že kognitivní deficit se může vyskytovat již premorbidně. Češková et al. (1999) uvádí, že kognitivní dysfunkce bývá přítomna i u příbuzných prvního stupně osob se schizofrenií. Češková (2005, s. 23) také uvádí, že přítomnost kognitivního deficitu může být rozhodující okolností při posuzování, zda se v daném případě jedná o prodromální fázi schizofrenie.

Nebylo však zpracováno dostatečné množství longitudinálních studií, které by umožnily dojít k jednotnému názoru na vztah premorbidní výkonnosti osob k jejich výkonnosti aktuální, tj. na průběh kognitivního deficitu u osob se schizofrenií. Každopádně zhoršený výkon v neuropsychologických testech ve srovnání s normou se objevuje nejen u

osob chronicky nemocných, ale i u dosud neléčených osob v první epizodě schizofrenie (Rodriguez, Mohr, 2004). Pokud by byl kognitivní deficit vzhledem k věku a progresi onemocnění stabilní, mohlo by se u některých lidí jednat spíše o generalizovanou kognitivní dysfunkci, která je nespecifická, stabilní a s onemocněním schizofrenií v pozdějším věku nesouvisí (Češková et al., 1999).

Mírná kognitivní dysfunkce tedy předchází, ale významný a náhlý pokles kognitivní výkonnosti bývá spojován až s první epizodou schizofrenie (Tůma, 1999; Češková et al., 1999; Heaton et al., 2001; Tůma, Lenderová, 2001). Pravděpodobně se dále prohlubuje při akutních exacerbacích choroby a přetrvává i v chronických fázích choroby (Spaulding et al., 1999). V období klinické remise však již nedojde k návratu kognitivních funkcí na premorbidní úroveň (Tůma, Lenderová, 2001). Největší variabilita je v prvních 5 až 10 letech od začátku onemocnění, další průběh bývá stabilnější (Látalová, Pidrman, 2006). Výrazný kognitivní deficit bývá zejména u lidí, jejichž počátek nemoci je časný, plíživý, průběh kontinuální a bez remisí (Mohr, 1998; Tůma, Lenderová, 2001). Oproti tomu studie Friedmana et al. (2001 in Kučerová, Říhová, 2006) ukazuje na rychlejší zhoršování kognitivních schopností u osob se schizofrenií po 50. roce života oproti zdravým osobám i osobám s demencí. Podobně prokazuje zhoršování i studie provedená na populaci chronicky nemocných, dlouhodobě hospitalizovaných osob, která prokázala na deterioraci kognitivní výkonnosti, i když pravděpodobně i v souvislosti s nedostatkem aktivity a podnětů v ústavním prostředí (Kučerová, Říhová, 2006; Berry, Barrowclough, 2009). Na tuto skutečnost upozorňuje i Heaton et al. (2001), který skupinu institucionalizovaných osob odlišuje od osob léčených ambulantně, u nichž prokazuje stabilitu kognitivního deficitu v průběhu pětiletého výzkumu a zároveň jeho nezávislost na věku, době začátku onemocnění, zlepšování nebo zhoršování klinických symptomů schizofrenie atd. Naopak skupina dlouhodobě institucionalizovaných osob se schizofrenií je kromě horšího sociálního fungování nebo nižší frustrační tolerance charakteristická zrychlenou celkovou deteriorací kognitivních funkcí; není však jasné zda je tato deteriorace důsledkem primárního onemocnění schizofrenií nebo je projevem počátečního onemocnění demencí (Berry, Barrowclough, 2009).

V této souvislosti Preiss (2006) rozlišuje dva typy věkově podmíněných proměnných: neurogenní a psychogenní. Neurogenní se objevují, pokud změny v mozku způsobují změny v kognitivních funkcích (např. věkem podmíněná atrofie prefrontální šedé hmoty může způsobit pokles pracovní paměti). Psychogenně podmíněné věkové změny se objeví, pokud změny v kognitivních funkcích způsobí změnu v mozku (např. věkově podmíněné a nepoužívané kognitivní strategie mohou vést k atrofii určitých mozkových struktur). Preiss (2006, s. 93) je přesvědčen, že hranice mezi „běžným“ stárnutím, mírným kognitivním

deficitem a počínající nebo rozvinutou demencí je natolik neostrá, že v praxi pravděpodobně dochází k chybnému diagnostikování.

Výrazný kognitivní deficit bývá také u osob, které mají schizofrenii a zároveň zneužívají alkohol. Alkohol, který je jak u osob se schizofrenií, tak v celkové populaci nejzneužívanější návykovou látkou, narušuje neurokognitivní fungování i funkční dovednosti osob (výzkumy se neshodují v míře, ve které k němu dochází). Obě skutečnosti samy o sobě jsou příčinou kognitivního deficitu, v kombinaci dochází k většímu poškození paměťových funkcí, poškození schopnosti verbálního učení, zhoršení negativních i obecných psychopatologických symptomů i adaptivních dovedností (Bowie et al., 2005). Výzkumy také ukazují, že uvedená skupina osob méně užívá léky a celkově méně dodržuje pokyny lékaře, má větší obtíže s finančním hospodařením, udržením si stálého bydlení, také je nepřátelštější, úzkostnější. objevuje se více paranoidních bludů a myšlenek, větší míra depresivnosti i suicidálních pokusů atd. (Bowie et al., 2005).

Pokud se týká prevalence kognitivní dysfunkce u schizofrenie, pak se ani zde se výsledky výzkumů neshodují. To může být dáno kromě jiného i tím, že skupina symptomů spadajících dnes pod označení schizofrenie je velmi různorodá. Tůma (1999, s. 13) uvádí, že klinicky významný kognitivní deficit je popisován u 40 - 60% nemocných schizofrenií. Kučerová, Říhová (2006) však uvádí, že určitý stupeň kognitivní dysfunkce je u převážné většiny osob se schizofrenií. Klíčový je také poznatek, že ani v období remise již nedochází k návratu úrovně kognitivních funkcí na premorbidní úroveň (Tůma, 1999). Některé komponenty však vykazují určitou dynamiku v souvislosti s průběhem onemocnění a jsou částečně ovlivnitelné (Češková et al., 1999). Pouze asi u 15% nemocných v kvalitní remisi je úroveň kognitivní výkonnosti srovnatelná se zdravými lidmi (Tůma, 1999).

Kognitivní výkonnost osob s progresivní formou choroby nebo při postpsychotickém defektu osobnosti bývá až pět standardních odchylek pod průměrným výkonem zdravých osob srovnatelných věkem a dosaženým vzděláním (Tůma, Lenderová, 2001).

I přes značné množství výzkumů zaměřených na kognitivní deficit při schizofrenii, není zatím jasně vymezena hranice mezi tím, co ještě nelze a co již lze považovat za deficit. Kučerová, Říhová (2006, s. 208) i Preiss (2005) uvádějí několik různých pojetí, kde je za neuropsychologický deficit považován výkon jedince v testových situacích snížený od 0,5 až do 2 směrodatných odchylek od běžné populační normy. Preiss (2005) uvádí, že výkon je v pásmu normy, pokud je směrodatná odchylka v hodnotách od +1 do -1; funkce jsou označeny jako mírně poškozené, pokud je směrodatná odchylka v pásmu od -2 do -3. Pokud je směrodatná odchylka větší než -3, pak jsou funkce značně poškozené. Tůma a Lenderová

(2001) považují za mírný deficit výkon od -0,5 do -1, středně těžký kognitivní deficit -1,1 až -2, těžký deficit -2,1 až -5 směrodatných odchylek od průměru. Obvykle je pro mírnou kognitivní poruchu užívána hranice -1,5 směrodatné odchylky (Preiss, 2005)

Tůma (1999, s. 15) odlišuje tři stupně hloubky kognitivního deficitu (podobně Harvey, 1997 in Kučerová, Říhová, 2006):

1. Mírný: Vyskytují se poruchy percepčních schopností, pozornosti a paměti.
2. Středně těžký: Tento stupeň závažnosti již negativně ovlivňuje sociální a profesionální uplatnění. Kognitivní deficit je spojen nejen s poruchami pozornosti a paměti (zejm. opožděná výbavnost paměti a porucha pracovní paměti), ale i s poruchou vizuálně motorických dovedností.
3. Těžký: Při tomto stupni postižení již jsou zasaženy nejen výše uvedené oblasti, ale i schopnost učení, řídicí funkce, je sníženo psychomotorické tempo a je narušena plynulost řeči.

Oblasti kognitivního deficitu u schizofrenie

Od doby, kdy byly dokázány neuromorfologické změny mozku při schizofrenii, které potvrdily komorové i korové atrofie mozku u lidí se schizofrenií a další změny, které by mohly mít souvislost s kognitivním deficitem při schizofrenii, byla provedena řada výzkumů založených na neuropsychologickém testování. Přestože většina těchto výzkumů potvrzuje zejména poruchy paměti, pozornosti a exekutivních funkcí (Tůma, 1999; Weickert, 2000; Lenderová, 2004, Kučerová, Říhová, 2006 ad.), jejich výsledky nejsou zcela totožné (viz Bellack et al., 1999). Je tedy potřeba upozornit na metodologické obtíže, které ztěžují zobecňování poznatků i jejich vzájemné srovnávání. Jsou výsledkem toho, že:

1. výzkumy (naše i zahraniční) jsou často prováděny na poměrně malém počtu respondentů (např. výzkum Češkové et al., 1999 zahrnoval 30 osob; Kučerové et al., 2005 26 osob), jejichž úroveň kognitivních schopností může být hodně rozdílná, a to v rozmezí od defektu až po nadprůměr;
2. do výzkumů jsou zařazováni lidé v různé fázi schizofrenie – lidé v akutní fázi onemocnění, lidé po určité době ambulantní léčby, lidé poprvé hospitalizovaní v psychiatrické léčebně nebo chronicky nemocné osoby;
3. do výzkumů jsou zařazovány skupiny lidí se schizofrenií, kteří se liší i z hlediska věku, pohlaví, sociokulturního zázemí atd.;

4. není jasně definováno, co je neuropsychologický deficit, resp. jak musí být velká směrodatná odchylka od průměru, aby bylo možno výkon jedince označit za deficitní; objevuje se rozmezí od 0,5 do 2 směrodatných odchylek od normy (Kučerová, Říhová, 2006);
5. při výzkumech jsou využívány různé metody a testy, navíc není k dispozici žádná diagnostická metoda, pomocí níž by bylo možno zhodnotit izolovaně jednu poznávací funkci; nebyla vytvořena jednotná neuropsychologická testová baterie, která by umožňovala jednotné neurokognitivní testování (Kučerová, Říhová, 2006);
6. nejsou vždy využívány kontrolní skupiny;
7. není využíván jednotný terminologický aparát (Kučerová, Říhová, 2006);
8. při samotném vyšetření úrovně kognitivních funkcí navíc značně intervenuje vztah nemocného k vyšetřujícímu, úroveň motivace, míra úzkostného prožívání, kvalita pozornosti, věk, vzdělání ad. (Preiss, 2006);
9. nedostatečný ohled na vliv dlouhodobé hospitalizace a vliv pracovních a sociálních omezení na kognitivní funkce osob se schizofrenií (Kučerová, Říhová, 2006).

I přes tyto nesrovnalosti jsou opakovaně prokazovány poruchy v oblasti pozornosti, paměti, exekutivních funkcích. Některé studie poukazují i na poruchy motorických dovedností, některých parametrů jazyka a řeči a na narušení zrakové percepce (Galletly et al., 2000; Kučerová, Říhová, 2006). Jak se ukazuje, při neuropsychologické testování relativně neporušený zůstává expresivní slovník, všeobecné znalosti, a schopnost abstrahovat podobnosti (Tůma, 1999).

Narušení pozornosti

Deficit v oblasti pozornosti je jedním z charakteristických znaků schizofrenie (Motlová, Koukolík, 2004). Je zřejmě komplexní, osoby mají obtíže s udržením i přesunutím pozornosti. V testových situacích se deficit projevuje pomalejšími reakčními časy upozorňujícími na problém s přesunem pozornosti na jiný cílový objekt, sníženou schopností rozdělit pozornost na několik současných podnětů nebo sníženou schopností udržet koncentraci pozornosti po delší čas (Kučerová, Říhová, 2006). S těmito obtížemi souvisí i snížená schopnost odlišit cílové objekty od pozadí nebo od nepodstatných podnětů. Závažnost deficitu spočívá zejména v tom, že pozornost je podmínkou pro další kognitivní funkce. Porucha pozornosti tak často souvisí s narušením ostatních funkcí a schopností (Češková et al., 1999) a značně tak může ovlivňovat celkovou kognitivní výkonnost (Tůma, 1999; Kučerová, Říhová, 2006).

Kučerová et al. (2005) provedli testy s lidmi po první epizodě schizofrenie a již zde potvrdili narušenou úroveň zaměřování a koncentrace pozornosti. Tito lidé neudrželi pozornost po delší časové období, snadno se nechali rozptýlit a výrazný problém jim dělal zejména přenos pozornosti jiným směrem. Na podněty respondenti odpovídali pomaleji a často nepřiměřeně. Češková et al. (1999) zjistili, že u jisté části osob dochází po roce léčby ke zlepšení některých parametrů pozornosti, zejm. ke zrychlení psychomotorického tempa a zlepšení celkové výkonové kapacity. Dále uvádí, že v akutní fázi nemoci měli lidé s lepší prognózou v testech pozornosti horší výsledky než lidé s horší prognózou. Po léčbě se však u těchto lidí výsledky upravují, zatímco u lidí s horší prognózou mají tendenci se horšit.

Tůma (1999) deficit v oblasti pozornosti vysvětluje nikoli současným zpracováváním irelevantní informace (bludy, halucinace ad.) nebo zaměřením pozornosti na ní, ale primárním snížením schopnosti soustředit pozornost na relevantní informace.

Narušení paměti

Poruchy paměti jsou dalším z klíčových kognitivních postižení při schizofrenii, které mohou významně ovlivňovat i ostatní kognitivní funkce. V paměťovém deficitu má rozhodující význam exekutivně-integrační složka zodpovědná za organizaci informace. Tato hypotéza je v souladu s teoriemi, podle kterých při schizofrenii dochází k poruchám ve zpracování informací (Rodriguez, Mohr, 2004). Paměťová dysfunkce je nezávislá na délce trvání onemocnění, účincích medikace a závažnosti psychopatologie, určitá korelace byla nalezena pouze u negativních symptomů (Rodriguez, Mohr, 2004; Lenderová, 2004). Prozatím není zcela jasné, zda jsou dysfunkce paměti výraznější než dysfunkce v jiných oblastech kognice (zejm. exekutivní funkce a pozornost). Výzkum paměťového deficitu u schizofrenie se soustřeďuje především na pracovní paměť a na poruchy informačního processingu: zpomalení zpracování, poruchy koordinace a organizace informací (Rodriguez, Mohr, 2004). Největší poruchy se týkají vybavení, ale postiženo bývá i rozpoznávání, paměť verbální i neverbální paměť, okamžitá i oddálená, krátkodobá i dlouhodobá (Rodriguez, Mohr, 2004). Důležité jsou funkce následujících neuroanatomických struktur: celkový objem frontálního laloku (pracovní a okamžitá paměť), prefrontální kortex (verbální a vizuální paměť), levý dorzolaterální prefrontální kortex (nonverbální okamžitá paměť), objem hipokampu, temporální lalok, gyrus temporalis superior, gyrus parahippocampalis a objem bílé hmoty mozečku (Rodriguez, Mohr, 2004).

Výsledky různých výzkumů (Češková et al., 1999; Weickert et al., 2000; Kučerová et al., 2005; přehled viz Kučerová, Říhová, 2006) se shodují v tom, že výkony respondentů v testech paměti tj. v subtestech pracovní, bezprostřední sluchové i zrakové paměti, oddálené sluchové i zrakové paměti a v subtestu všeobecné paměti bývají v pásmu podprůměru. Lidé

se schizofrenií tedy měli v testových situacích potíže s vybavováním obrázků, při volném vybavování i při vybavování s pomocí a při znovupoznávání (Lenderová, 2004), dále při učení se verbálním párovým asociacím, při vyprávění příběhů, znovuzpůsobování tváří, uspořádání písmen a čísel a prostorovém rozsahu. Nejnižších výkonů bylo dosaženo v testu oddálené zrakové paměti. Některé výzkumy ukazují i na narušení epizodické (autobiografické) paměti, osoby se schizofrenií si oproti běžné populaci hůře vybavují události z časně dospělosti.

Osoby se schizofrenií vykazují deficity v řadě paměťových funkcí. Kučerová, Říhová (2006) uvádějí, že osoby mají deficit zejména v oblasti paměti deklarativní (zejména verbální), která je závislá na kvalitě kódování informací, jejich uchování a výbavnosti a podávají tak snížený výkon ve většině typů paměťových testů. Provedené výzkumy se neshodují v názoru na to, ve které fázi dochází k narušení paměťového procesu; zda se paměťová dysfunkce nejvíce týká procesů vštěpování (Tůma, 1999), nebo zda je proces postižen spíše ve fázi výbavnosti (Lenderová, 2004; podrobně i Kučerová, Říhová, 2006).

Jiní autoři uvádějí, že pro osoby se schizofrenií jsou typické poruchy pracovní paměti (Lenderová, 2004; Motlová, Koukolík, 2004). Testové situace zaměřené na výzkum pracovní paměti ukázaly, že deficit v této oblasti je jedním ze základních postižení při schizofrenii, vyskytuje se totiž i u lidí, kteří ještě nebyli farmakologicky léčeni (Lenderová, 2004). Pracovní paměť zajišťuje současnou registraci a manipulaci s podněty, které jsou relevantní jen dočasně, tedy po dobu provádění mentální operace. Tyto informace mohou pocházet jak ze sensorických systémů, tak z dlouhodobé paměti. Informace ze sensorických systémů však není bezprostředně přenášena do dlouhodobé paměti. Při neuropsychologickém deficitu se nová informace vlivem sníženého rozsahu paměti relativně rychle ztrácí (Rodriguez, Mohr, 2004). Poruchy pracovní paměti mohou být spojeny s poruchami pozornosti (Kučerová et al., 2005). Zdá se, že omezená kapacita zpracování v jedné složce pracovní paměti zabere tolik prostoru v centrálním procesoru pracovní paměti, že ten pak nestíhá zpracovat informace z jiného systému (Rodriguez, Mohr, 2004).

Silver (2003 in Kučerová, Říhová, 2006) upozorňuje, že u lidí se schizofrenií bývá zhoršena verbální paměť. Omezená kapacita zpracování informací může být důsledkem nedostatečného rozdělování práce exekutivními funkcemi mezi jednotlivými subsystemy (např. nedostatečná integrace percepčních a kognitivních procesů) nebo z důvodu sníženého nebo zvýšeného prahu pro zpracování informací (Perglová, 2006). Deficit v oblasti pracovní paměti je prokázán i u příbuzných osob se schizofrenií, u kterých onemocnění nebylo prokázáno. U nemocných s poruchou pracovní paměti se také objevují výraznější negativní symptomy a častější výskyt formálních poruch myšlení (Tůma, Lenderová, 2001).

Relativně málo je postižena schopnost motorického učení, zejména zlepšování motorického výkonu praktickým opakováním (Tůma, 1999). Každopádně přímá návaznost paměťových funkcí na schopnost učit se může vést k řadě obtíží v běžné činnosti, tedy nejen k selhávání při formálním vzdělávání, ale i při učení v rámci každodenní zkušenosti a interpersonálním kontaktu.

Narušení řídicích (exekutivních) funkcí

S uvedenými poruchami pracovní paměti souvisí i poruchy exekutivních funkcí, tzv. dysexekutivní syndrom. Řídicí funkce vyžadují schopnost správného zpracování informací. Pracovní paměť je podkladem pro exekutivní funkce, souvisí se schopností podržet informace po krátkou dobu v paměti, a pak jich a jejich nových kombinacích využívat v jiných úlohách (Kučerová, Říhová, 2006). Deficit exekutivních funkcí při schizofrenii se v testových situacích projevuje obtížemi ve výkonu úkolů, které řídí chování tím, že vyžadují sestavení plánu a jeho uskutečnění. Většina autorů se shoduje v uznání poruch exekutivních funkcí u lidí se schizofrenií (Kučerová, Říhová, 2006), přesto některé studie tyto výsledky nepotvrzují (např. již uvedený výzkum Kučerové et al., 2005). V testových situacích se deficit v této oblasti odráží také jako snížená schopnost lidí se schizofrenií těžít z klíčových nápověd, tedy jako porucha schopnosti formovat kognitivní koncept. Souvislost dysfunkce v této oblasti s negativními nebo pozitivními příznaky nebyla jasně prokázána. Někteří autoři se domnívají, že porucha plánování a snížená adaptabilita může souviset i s deficitem v oblasti inhibice nežádoucích reakcí u schizofrenních pacientů (Goldman et al., 1992 in Lenderová, 2004).

Poruchy v této oblasti velmi narušují sociální adaptaci člověka a omezují ho v každodenním osobním i pracovním životě - člověk, kterému není jasné, jaké jsou jeho plány, co a proč dělá, nebude schopen dokončit úkol nebo vyřešit problém. Porucha řídicích funkcí má významný vztah k negativní symptomatologii schizofrenie a je popisována nízká korelace s pozitivními příznaky (Tůma, Lenderová, 2001).

Narušení motorických dovedností a řeči

V průběhu neuropsychologických testů se mimo jiné ukázalo, že lidé se schizofrenií měli obtíže při provádění úkonů závislých na motorice. Jednalo se zejména o neefektivní, pomalejší pohybovou činnost, při které byl pohyb přerušován, v motorice přetrvávají perseverační vzorce, může být snížena i schopnost motorického učení (Tůma, 1999). V oblasti řeči se vyskytují právě jako příznak schizofrenie tzv. formální poruchy myšlení (neologismy, paralogie, poruchy syntaxe, poruchy asociací ad.), navíc je snížena spontaneita

verbálního projevu (Tůma, 1999). Výzkum Kučerové et al. (2005) poukázal i na mírné narušení slovní plynulosti.

Souvislost kognitivního deficitu s některými příznaky schizofrenie

Poté, co byl prokázán kognitivní deficit jako jádrový příznak schizofrenie, začala být zkoumána jeho souvislost s některými dalšími příznaky schizofrenie, zejména s negativními příznaky. Jejich vzájemný vztah se nabízí díky takovým společným charakteristikám jako je jejich průběh, prognostická hodnota nebo korelace se schopností osob fungovat v běžném životě. Otázkou zůstává, zda se jedná o stejné symptomy, jestli mají stejnou příčinu, nebo jestli je povaha jejich vztahu ovlivněna nějakými dalšími faktory. Harvey et al. (2005) popsal čtyři různé modely potencionálních vztahů mezi kognitivními a negativními symptomy, ve kterých je předpokládán různý vztah příznaků k etiologii, která může být pro obě skupiny symptomů společná nebo odlišná. Ve svém výzkumu však došel k závěru, že negativní a kognitivní symptomy jsou dvě různé oblasti, v kterých se projevuje schizofrenie, a že obě tedy vyžadují různé intervence.

Někteří autoři se na základě dělení příznaků na pozitivní a negativní pokusili o klasifikaci schizofrenie (viz Mohr, 1998). Ze známých pokusů o pojmenování a vydělení populace osob se schizofrenií, u níž převládají negativní symptomy, představuje koncept deficitního symptomu. Carpenter (1988) navrhl odlišení deficitního a nondeficitního subtypu schizofrenie, přičemž deficitní subtyp je charakterizován právě primárními, stabilními a léčbou jen málo ovlivnitelnými negativními příznaky, které jsou přítomny jak mezi epizodami, tak během exacerbace pozitivních symptomů. Tato klasifikace je obzvláště zajímavá právě v návaznosti na zjištění, která upozorňují na korelaci poruch kognitivních funkcí s negativními příznaky nemoci (Hogarty et al., 2005). V takovém případě totiž lze pomocí diagnostických kritérií vymezit nejen skupinu tzv. deficitních pacientů, ale lze předpokládat, že tato skupina bude pravděpodobně určitým způsobem korelovat se skupinou osob, které budou mít deficit v oblasti kognitivních funkcí. Tento model by částečně vysvětloval i značné rozdíly ve výsledcích testů lidí se schizofrenií, zaměřených na kognitivní funkce.

Carpenter et al. (1988, v příloze 1) stanovil následující diagnostická kritéria pro deficitní syndrom schizofrenie:

1. Splnění diagnostických kritérií DSM-IV nebo MKN 10 pro schizofrenii.
2. Přítomnost nejméně dvou z následujících negativních příznaků:
 - a) zchudnutí emotivity.

- b) oploštělá emotivita,
- c) zchudnutí řeči,
- d) snížení zvědavosti a omezení zájmů,
- e) snížené vnímání životního smyslu a cíle,
- f) snížená sociální aktivita a interakce.

3. Kombinace 2 nebo více výše uvedených negativních příznaků byla přítomna během předešlých 12 měsíců a byla vždy přítomna během klinicky stabilních období (včetně chronických psychotických stavů). Tyto příznaky mohou nebo nemusí být zjistitelné během předchozích epizod akutní psychotické dezorganizace nebo dekompenzace.

4. Výše uvedené negativní příznaky jsou primární jako následek faktorů jiných než je chorobný proces. Mezi takové faktory patří:

- a) úzkost,
- b) účinky léků,
- c) podezřívavost (a jiné psychotické příznaky),
- d) mentální retardace,
- e) deprese.

Jestliže poruchy kognitivních funkcí korelují s negativními příznaky nemoci (Hogarty et al., 2005), pak je pravděpodobně možné pomocí diagnostických kritérií pro deficitní subtyp schizofrenie (deficitní syndrom) vymezit nejen skupinu tzv. deficitních pacientů, ale i skupinu osob s deficitem v oblasti kognitivních funkcí. Povaha vztahu deficitního syndromu a deficitu kognitivních funkcí však není dosud plně objasněna, není jasné, zda spolu souvisí přímo nebo nepřímo; někteří autoři však jsou přesvědčeni o tom, že právě narušené kognitivní funkce jsou hlavním podkladem negativních příznaků schizofrenie.

Carpenterova diagnostika je založena na informacích z rozhovoru s člověkem nemocným schizofrenií a informacích získaných od blízkých osob – rodiny, přátel nebo ošetřujícího personálu. Základem je hodnocení aktivity člověka v období relativní remise. Mohr (1998) uvádí, že u lidí, u kterých se vyskytují příznaky ukazující na deficitní syndrom, je častěji diagnostikován nediferencovaný a hebefrenní subtyp schizofrenie.

Z výzkumů dále vyplývá, že lidé, u kterých je později diagnostikován deficitní syndrom, se odlišují již premorbidně, častěji bývají nejprve diagnostikováni jako schizoidní nebo schyzotypální osobnosti, mají problémy s adaptací, nejsou sociálně zdatní, dosahují nižšího socioekonomického postavení a obecně hůře fungují (Mohr, 1998). Deficitní syndrom je pak charakterizován velmi vysokým rizikem nepříznivé prognózy a dlouhodobého zneschopnění (Mohr, 1998). V této souvislosti jsou zajímavé studie, jejichž

součástí je průzkum subjektivního prožívání deficitních stavů. Některé z těchto studií pracují se Škálou kvality života (Quality of Life Scale - QLS), v níž zdrojem informací je právě člověk se schizofrenií a která mapuje čtyři základní oblasti: intrapsychické prožitky, osobní vztahy, profesní roli, cíle a aktivity. Z těchto výzkumů vyplývá, že lidé s deficitním subtypem schizofrenie mají pravděpodobně menší náhled a projevují menší míru nespokojenosti se svým životem (Mohr, 1998).

Pokud se týká souvislosti kognitivního deficitu s pozitivními příznaky schizofrenie, pak tento vztah dosud nebyl jednoznačně prokázán. U některých pozitivních příznaků však lze o určité souvislosti uvažovat. Souvislost mezi (zejm. sluchovými) halucinacemi a kognitivním deficitem nebyla dosud objasněna (Kučerová, Říhová, 2006). Na určitý vztah poukazuje skutečnost, že sluchové halucinace bývají spojovány s mechanismem vnitřní řeči, která pak zase bývá považována za součást pracovní paměti. Ani tato souvislost však zatím nebyla objasněna. Vztah kognitivního deficitu k bludům jako poruchám myšlení je doložen několika studiemi. Sociálně psychologické studie atribučního stylu zjišťují, že přirozená tendence přisuzovat úspěch sobě a neúspěch druhým je u osob se schizofrenií extrémně zvýrazněna (Kučerová, Říhová, 2006). Příčina formálních poruch myšlení bývá vázána na narušení jazykových schopností, zejména na chybné slovní asociace (Kučerová, Říhová, 2006). Neobvyklé slovní asociace negativně ovlivňují řečový projev osoby, a tak se v řeči objevují inkoherece, neologismy, zvláštní gramatická stavba a menší slovní plynulost (Tůma, 1999).

Dosud byla také pouze částečně objasněna souvislost náhledu na nemoc s hodnotou inteligenčního kvocientu (Kučerová, Říhová, 2006). Jestliže předpokládáme, že mezi inteligencí a kognicí existuje určitý vztah (Lenderová, 2004), lze usuzovat i na to, že existuje určitá souvislost mezi náhledem na nemoc a deficitem v oblasti kognitivních funkcí. Výzkumně však nebyl tento vztah dosud ověřen.

Neuropsychologické testové metody využívané při měření deficitu kognitivních funkcí

Dostatečné znalosti o kognitivních dysfunkcích umožňují používat neuropsychologické testy pro hodnocení výkonu v oblastech paměti, pozornosti a kognitivních funkcí. Existují neuropsychologické baterie testů (např. Lurija-Nebraska Neuropsychological Battery; Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha), které jsou určeny pro vyšetření kognitivních funkcí, v praxi jsou však více využívány testy inteligence WAIS-R, které sice poskytují poměrně velké množství informací, ale pouze v některých dílčích oblastech (Tůma, Lenderová, 2001). Pokud je potřeba získat přesnější, podrobnější informace o dílčích

kognitivních funkcích, a zjistit tak individuální profil kognitivních funkcí (Nuechterlein et al., 2004), je potřeba využít specifické testy (Tůma, Lenderová, 2001).

Kučerová, Říhová (2006) doporučují pro jednotlivé oblasti následující:

- Pozornost – CPT (Continous Performance Test), Bourdonova škrtačí zkouška, subtest Symbols z WAIS-R ad.
- Pracovní paměť – Test verbální fluence, opakování čísel pozpátku v subtestu Číselné řady z WAIS-R, Wisconsinský test třídění karet, Hanojská nebo Londýnská věž ad.
- Krátkodobá paměť – Wechslerův paměťový test, Paměťový test učení, Rey-Osterriethova figura ad.
- Exekutivní funkce - Wisconsinský test třídění karet, Hanojská a Londýnská věž, Stroopův test, Test cesty (část B) ad.

Vytvořením jednotné, reliabilní a validní baterie (kromě jiných témat) se zabývá i komplexní program MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) Národního ústavu duševního zdraví (NIMH, National Institute of Mental Health). V baterii komplexního vyšetření kognitivních funkcí by mělo být zahrnuto těchto sedm oblastí (Kern et al., 2004; Nuechterlein et al., 2004):

- Pozornost
- Rychlost procesů
- Pracovní paměť
- Verbální učení a paměť
- Vizuální učení a paměť
- Uvažování a řešení problémů
- Verbální porozumění

Nuechterlein et al. (2004) přidává ještě osmou oblast - sociální kognici.

Preiss a kol. doporučují v příručce „Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha. Klinické vyšetření základních kognitivních funkcí“ (2007) tyto testy:

- Paměťový test učení (bezprostřední a krátkodobá verbální paměť, vybavování, učení)
- Rey-Osterriethova komplexní figura (vizuální percepce, vizuální paměť)
- Logická paměť
- Číselný čtverec (pozornost, vizuoprostorové schopnosti, prostorová paměť)
- Opakování čísel (kapacita opakování, okamžitá auditivní paměť, schopnost zaměřit a udržet pozornost, opakování pozpátku i verbální pracovní paměť)
- Trail making test (vizuoprostorové vyhledávání, pozornost, vizuomotorické schopnosti)
- Verbální fluence (rychlost, plynulost a flexibilita verbální produkce)

- Kostky (schopnost analýzy, vizuoprostorová organizace, formulace a uplatnění strategie řešení problémů, schopnost sebekorekce)
- Podobnosti (verbální abstrakční schopnosti)

Právě nejednotnost při využívání diagnostických metod ztěžuje nejen srovnávání výkonu osoby, ale i srovnávání jednotlivých výzkumných studií. To však nejsou jediné komplikace, které provázejí vyšetřování kognitivních funkcí. Další obtíže psychologického vyšetření vyplývají z toho, že většina z nich (podle Preisse, 2007 všechny) měří více kognitivních funkcí zároveň (Tůma, Lenderová, 2001; Preiss, 2007). I deficit ve výkonu osoby tak může být interpretován různě (Kučerová, Říhová, 2006).

Tůma a Lenderová (2001) při vyšetřování kognitivních funkcí doporučují nejprve provést základní, přehledové vyšetření zaměřené komplexně na všechny oblasti, v kterých se kognitivní deficit vyskytuje: psychomotorické tempo, včetně kvality a rychlosti vizuomotorické koordinace, paměť, schopnost učení se novým informacím, pozornost, řeč a exekutivní funkce. Pokud se týká administrace testů, pak vzhledem ke specifickým cílům (např. zjištění aktuální úrovně jednotlivých kognitivních funkcí vs. míra vlivu odolnosti vůči zátěži na jejich kvalitu) je možné během testování flexibilně přizpůsobovat jeho průběh takovým způsobem, aby bylo možné získat co nejpřesnější a nejdetailnější informace. Teprve po zjištění nestandardních výkonů v určité funkci, je možno pokračovat v podrobném vyšetřování konkrétní funkce (Tůma, Lenderová, 2001).

Výsledky vyšetření kognitivních schopností mohou být výrazně ovlivněny:

- samotným deficitem v oblasti kognitivních funkcí (např. výsledky testování paměti mohou být ovlivněny sníženou schopností soustředění),
- osobností a zkušenostmi vyšetřovaného (zájem o kontakt s druhým člověkem, zkušenost s testováním ad.),
- symptomy poruchy vyšetřovaného (zakomponování vyšetření nebo vyšetřujícího do bludu vyšetřovaného – např. předpoklad, že vyšetření je prováděno tajnou službou; přesvědčení, že výsledky nezůstanou anonymní atp.),
- okolnostmi, které při vyšetření působí na vyšetřovaného (hlad, nevyspání ad.),
- vnějšími podmínkami, v nichž se vyšetření odehrává (rušení dalšími osobami, občerstvení ad.),
- porozumění situaci a důvodům vyšetření,
- osobností vyšetřujícího (schopnost navázat kontakt, objasnit srozumitelně důvody vyšetření, schopnost a zájem motivovat osobu k výkonu, zkušenost s vybranou testovou metodou ad.),

- testem samotným (srozumitelnost, zábavnost testu ad.).

Z těchto důvodů je potřeba si uvědomit, že získané výsledky testování kognitivních schopností jsou pouze přibližné. Nezobrazují reálné schopnosti člověka, jen do jisté míry odráží, jakým způsobem tyto kognitivní schopnosti osoba využívá v reálném, každodenním životě. Zde nabývají významu adaptivní dovednosti (viz níže) nebo schopnost navazovat a udržovat interpersonální vztahy (a být tak schopen účastnit se společenského života nebo být schopen využívat podpory zvenčí, např. podpory rodiny nebo profesionálů).

2.5 Kognitivní deficit jako prediktor snížené sociální adaptability a kvality života

Schizofrenie je porucha, která zasahuje všechny úrovně existence člověka, mění osobnost i sociální vztahy člověka (Libiger, 1991) a snižuje tak kvalitu jeho života (Kučerová, Říhová, 2006). Narušuje funkční schopnosti osob, tedy schopnosti spojené se sociálním fungováním, sociálními dovednostmi a dovednostmi spojenými s nezávislým životem (Couture et al., 2006). Pozitivní a negativní příznaky schizofrenie, stejně tak jako deficit kognitivních funkcí mají výrazný vliv na sociální fungování člověka. Přítomnost deficitu v oblasti kognitivních funkcí (Tůma, 1999; Češková et al., 1999) - nebo podle jiných výzkumů a teorií „deficitního syndromu“ (Carpenter, 1988; Mohr, 1998), jehož součástí je i kognitivní deficit - predikuje negativní dlouhodobou prognózu, sníženou možnost sociálního zapojení a sníženou schopnost vést samostatný a nezávislý život (Kučerová, Říhová, 2006). Sociální fungování osob se schizofrenií je ovlivněno všemi příznaky schizofrenie, pravděpodobně nejvíce kognitivním deficitem a negativními příznaky a v menší míře pak příznaky pozitivními (Smith et al., 1999; Twamley et al., 2002). Validita výzkumů, které byly v tomto ohledu provedeny, je však do jisté míry omezena neschopností kontrolovat veškeré proměnné, které se v běžném prostředí a každodenním životě objevují. Kromě klinických symptomů schizofrenie (a kognitivního deficitu popsaného jenom přibližně na základě neuropsychologického vyšetření) vstupuje do každodenních výkonů osoby řada dalších faktorů – motivace, sociální podpora ad. (Green et al., 2004). Deficit v sociálních a komunikačních dovednostech, které jsou nezbytné pro efektivní interpersonální výkony a dosažení sociálních cílů, predikuje funkční schopnosti nezávisle na kognitivním deficitu (Dickinson et al., 2007). Na druhou stranu je mezilidský kontakt komplexní kognitivní proces jako každý jiný, a tak bude možná ovlivněn stavem kognitivních funkcí, vyžaduje flexibilitu myšlení a schopnost využít sociální dovednosti (Addington, Addington, 1999).

Přestože pozitivní příznaky schizofrenie – halucinace a bludy, mohou mít výrazný vliv na každodenní fungování člověka ve smyslu snižování jeho porozumění realitě a srozumitelnosti jeho reakcí druhým (spoluvytvářejí obraz reality, kterou osoba vnímá a na jejíž podněty reaguje), ukazuje se, že samy o sobě nemají výraznější vliv na sociální fungování člověka. Addington a Addington (1999) uvádějí, že negativní symptomy naopak tento vliv mají, avšak oproti kognitivnímu deficitu nemají vliv na získání sociálních dovedností

Pozitivní symptomy jako jedny z nejnápadnějších příznaků schizofrenie nemají z dlouhodobého hlediska na sociální dovednosti tedy jednoznačně negativní vliv. Závažnost pozitivních symptomů jen málo koreluje s adaptivními dovednostmi (Harvey et al., 1998). Vliv jednotlivých pozitivních příznaků na sociální fungování však není ve všech oblastech a prostředích stejný, např. v zaměstnání mají pozitivní příznaky větší vliv tam, kde jsou osoby v interpersonálních kontaktech (Green, 1996). V oblasti osobních vztahů mohou mít pozitivní symptomy vliv na navazování a udržování sociálních vztahů. Nepřátelskost, paranoia nebo excitovanost mohou limitovat navazování a udržování vztahů s druhými. Na druhou stranu jsou osoby někdy schopny pozitivní příznaky v kontaktu s druhými do jisté míry kontrolovat nebo kompenzovat, zatímco negativní, afektivní a kognitivní příznaky lze ovládat jen velmi obtížně (Bellack et al., 1990). Pozitivní příznaky mají také větší vliv u osob s duálními diagnózami, kde jsou výrazné afektivní komponenty (Green, 1996). Negativní příznaky pozitivně korelují se schopností řešit problémy, nemají však prokazatelný vliv na fungování v komunitě a žádný na získávání dovedností (Green, 1996).

Na sociální fungování má výrazný vliv sociální kognice⁵, tj. schopnost rychle zpracovat sociální stimuly. Sociální kognice je také základem sociálních interakcí (Couture et al., 2006), ovlivňuje schopnost komunikace s druhými, má vliv na udržení zaměstnání, fungování v komunitě a schopnost řešit sociální problémy. Sociální kognice může mít dopad i na dovednosti nezávislého fungování (např. osoba není schopna rozpoznat výraz znechucení nebo oddálení druhého jako následek svého výrazného oděru). Sociální kognice souvisí s neurokognicí, prozatím však není úplně objasněna povaha jejich vztahu, pravděpodobně se však jedná o dvě různé struktury (Couture et al., 2006). Dalším faktorem, který má u osob se schizofrenií vliv na sociální a interpersonální dovednosti je skutečnost, že onemocnění se začíná výrazněji projevovat v adolescenci nebo mladé dospělosti, a tak osoby nemají možnost adekvátně prožít kritické sociální a vývojové úkoly související s navazováním partnerských vztahů, zaměstnáním, odloučením od rodiny ad. (Bellack et al., 1990; Kopelowicz et al., 2006).

⁵ Sociální kognice je souborem mentálních operací, které zakládají sociální interakce a které zahrnují lidskou schopnost a kapacitu rozpoznat záměry a stavy druhých osob a flexibilně je využívat k realizaci sociálního chování (Couture et al., 2006); zahrnuje oblast percepce emocí, sociální percepce, teorii mysli (schopnost rozumět, že druzí mají odlišné duševní stavy) a atribuční styl (charakteristická tendence, jak si vysvětlujeme příčiny jevů).

V průběhu času nedochází v sociálním fungování osob se schizofrenií v komunitě ke změnám, dovednosti zůstávají na stejné úrovni (Dickerson et al. 1999).

Townley et al. (2009) provedli výzkum týkající se sociálního začlenění osob s těžkou duševní poruchou do komunity. Tyto osoby mají zkušenost sociální izolace (ve výzkumu Borgeho a kol. (1999) hodnotily svůj pocit osamělosti stejně osoby v ústavní péči i v komunitě) a mají málo příležitostí k realizaci rolí a aktivit v komunitě. Šetření bylo realizováno prostřednictvím vytváření mapy a kreslením míst, která v komunitě navštěvují (Townley et al., 2009). Osoby vypovídaly, kde tráví svůj čas; na jakých místech; která z nich jsou pro ně důležitá; kde mají nejvíce pocit, že patří do komunity⁶ atp. V souladu s očekáváními osoby trávily nejvíce času doma, domov považují za nejdůležitější místo pro svůj život. Oproti tomu pocit participace, pocit „patření někam“ dodávaly osobám s těžkou duševní poruchou žijícím v komunitě nejvíce možnost zapojení se do sociálních aktivit v místě bydliště a možnost navštěvovat místa spojená s aktivitami běžného života (nákupní centra, obchody, kina atp.). Tyto skutečnosti je možné využít i v rehabilitačních programech a sociálních službách. S osobami je potřeba mluvit o tom, kde tráví svůj čas, na jakých místech, kde mají pocit, že náleží do komunity. Pokud se například u osob objevuje ve výčtu míst pouze domov a sociální a zdravotní instituce, pak nelze hovořit o sociální integraci ani integraci osoby do komunity. Bylo by také možné srovnávat navštěvovaná místa na začátku a na konci intervence.

Sociální fungování a adaptivní dovednosti osob s kognitivním deficitem

Kognitivní deficit má vliv na sociální i pracovní začlenění osob se schizofrenií, klíčovým problémem je jejich fungování v běžném, každodenním osobním a pracovním životě (Dickerson et al., 1999; Smith et al. 1999; Addington, Addington, 1999; Bell et al., 2001; Twamley et al., 2002; Lenderová, 2004; Reeder et al., 2004; Rodriguez, 2006; Perglová, 2006; Dickinson et al., 2007 ad.). Autoři se více méně shodují v tom, že paměť (zejména verbální), pozornost, flexibilita a exekutivní funkce jsou korelátory funkční prognózy, souvisí s učením, získáváním psychosociálních dovedností a ovlivňují běžný život lidí se schizofrenií, míru jejich samostatnosti a zvládnání běžných denních činností (Harvey et al., 1998; Dickerson et al., 1999; Bellack et al., 1999; Kučerová, Říhová, 2006; Perglová, 2006; Kučerová, 2006; Rodriguez, 2006; Bowie et al., 2006 ad.). To je důležité nejen jako

⁶ Výsledky výzkumu ukázaly, že doba strávená na jednotlivých místech v komunitě se liší od významu, který je těmto místům přiřazován. Místa, kde osoby tráví nejvíce času: 1. domov, 2. zdravotní a sociální zařízení, 3. práce/vzdělávání, 4. – 5. místa spojená se sociálními aktivitami a aktivitami volného času a aktivitami každodenního života. Místa podle důležitosti, místa spojená s pocitem „patřit někam“: 1. domov, 2. místa spojená s aktivitami každodenního života, 3. zdravotnická a sociální zařízení, 4. Místa spojená se sociálními aktivitami a aktivitami volného času, 5. práce a vzdělávání.

teoretický poznatek, ale také v souvislosti s rehabilitačními a psychosociálními intervencemi poskytovanými osobám se schizofrenií (Smith et al., 1999). Například v nábviku sociálních dovedností musí osoba pro úspěšné nabytí a využívání dovednosti odkódovat a zakódovat informaci, a pak ji vyvolat v adekvátním prostředí (Green, 1996). Různí autoři však nedošli ke stejným závěrům. Recder et al. (2004) nepotvrzuje vztah mezi exekutivními funkcemi a každodenním fungováním v komunitě, naopak Fujii a Wylie (2002) kromě verbální paměti udávají jako dlouhodobý prediktor fungování v komunitě právě exekutivní funkce (v uvedeném výzkumu korelovaly exekutivní schopnosti i s celkovou dobou hospitalizací). Podobně Green (1996) uvádí, že na běžné fungování má vliv zejména okamžitá i oddálená verbální paměť (také Smith et al., 1999) a pozornost. Prediktory schopnosti řešit sociální problémy jsou zejména verbální schopnosti, verbální paměť a exekutivní funkce (Addington, Addington, 1999). Redukce kognitivního deficitu prostřednictvím speciálních intervencí tak může ovlivnit schopnosti osob se schizofrenií samostatně fungovat (Twamley et al., 2002).

Kognitivní deficit je nejsilnější prediktor adaptivních dovedností u osob v pobytových službách i v běžném prostředí, ve srovnání měly osoby umístěné v pobytových zařízeních nejtěžší stupeň kognitivního deficitu (Harvey et al., 1998). Zajímavé je, že nejméně závažný kognitivní deficit vykazovaly osoby naposledy přijaté, délka pobytu v zařízení tedy měla vliv na kognitivní deficit prokázaný v neurokognitivních testech. Může to souviset se sníženými možnostmi osob ve strukturovaném prostředí pobytových zařízeních rozvíjet, praktikovat a udržovat dovednosti (Twamley et al., 2002). Kognitivní deficit může hrát roli i při zhoršování zdravotního stavu člověka, relapsu a rehospitalizaci (Nasrallah et al., 2005), i když výraznější vliv zde mají pozitivní příznaky schizofrenie (Green, 1996).

Kromě informací o samotném kognitivním deficitu, resp. výkonu osob ve více či méně konkrétně zaměřených neurokognitivních testech, jsou z pohledu speciální pedagogiky a sociální práce důležité informace o úrovni adaptace, tj. o dovednostech, které člověk používá v běžném životě, a o tom, jak se člověk ve své konkrétní životní situaci cítí, tj. jak subjektivně hodnotí kvalitu svého života. Adaptivní dovednosti bývají definovány úspěšností, s jakou je člověk schopen zvládat běžné životní nároky a vyhovět společenským normám zralosti, osobní nezávislosti a odpovědnosti, které jsou očekávány od jedinců v určitém věku v konkrétním sociokulturním prostředí. Americká asociace pro intelektové a vývojové obtíže (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, www.aaid.org, www.aamr.org) definuje adaptivní chování jako soubor dovedností, které se lidé učí, aby byli schopni fungovat v každodenním životě. Tyto dovednosti dělí do třech kategorií: konceptuální (schopnosti a dovednosti spojené především s řečí a vyjadřováním, ale i se

sebeřízení nebo s pojetím peněz), sociální (dodržování pravidel, vztahy, manipulovatelnost, naivita ad.) a praktické (oblékání, příprava jídla, používání telefonu, finance, doprava, udržování domácnosti).

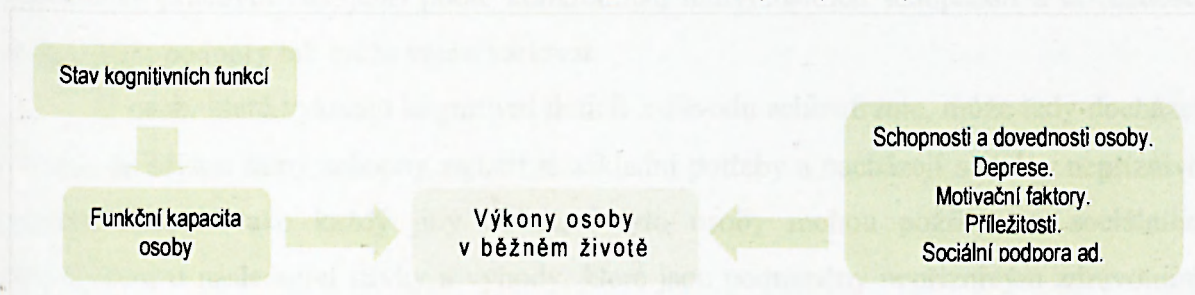
Úroveň adaptivních dovedností je možné posoudit na základě rozhovoru s posuzovaným člověkem a jeho pozorováním. Vzhledem ke zvýšenému riziku neobjektivnosti při hodnocení je vhodné doplnit vyšetření standardizovanými testy (např. Vinelandská škála sociální zralosti), které by doplnily celkový obraz a zvýšily objektivitu vyvozených závěrů. Pokud se týká standardizovaného měření adaptivních dovedností, pak dosud neexistuje test, který by měřil všechny oblasti adaptivního chování. Právě z důvodu rozsáhlosti zkoumané problematiky jsou dostupné škály zaměřeny vždy jen na určitou oblast adaptivního chování. Vytváření takových testů je navíc komplikováno nejasnými hranicemi a normami toho, co je dobře adaptované chování v konkrétních situacích, konkrétní době a konkrétních sociokulturních podmínkách. V zahraničí jsou pro vyhodnocení sociálního dopadu kognitivního deficitu na integraci a celkovou spokojenost osoby využívané různé formy testů a škál. Jedná se o Škálu sociálního fungování (Social Functioning Scale, SFS), která zahrnuje 79 položek týkajících se podílu osoby na sociálních aktivitách (Kolik času trávíte sám?), interpersonální komunikace (Kolik máte přátel?), každodenních aktivit (Jak často vaříte?), využití volného času (Jak často sportujete?), sociálních aktivit (Jak často navštěvujete přátele?), dovedností spojených s nezávislým životem (Daří se Vám hospodařit s penězi?) a zaměstnání, nebo o Multidimenzionální škálu nezávislého fungování (Multidimensional Scale of Independent Functioning, MSIF), která posuzuje, zda výkony osoby odpovídají rolím, zda je při výkonu potřebná nějaká úroveň podpory a kvalitu výkonu v následujících oblastech: práce, vzdělávání a rozvoj a bydlení (Jaeger et al., 2003).

Pro zjišťování subjektivní spokojenosti jsou určeny různé typy škál. Škála kvality života (Quality of Life Scale, QLS) zahrnuje 21 položek, v rámci kterých respondent odpovídá o svém fungování v minulých čtyřech týdnech (U nás se podobně využívá Dotazník subjektivní kvality života SQUALA, Dragomirecká a kol., 2006) nebo Multidimenzionální škála nezávislého fungování (Multidimensional Scale of Independent Functioning, MSIF), která je upravena pro potřeby psychiatrické populace (Jaeger et al., 2003). Tyto nástroje jsou využívány i pro měření efektivity rehabilitačních programů a intervencí, jejich přehled pro hodnocení všech příznaků schizofrenie uvádí Nasrallah et al. (2005).

Ani standardizované škály však přesně nevypovídají o schopnosti osoby žít nezávisle a navíc spíše (v lepším případě) popisují aktuální stav dovedností člověka, spíše než jeho potenciál. Aktuální stav může být ovlivněn kromě jiného atypickými životními podmínkami (např. ústavními), nedostatkem zkušeností, zanedbáváním ad. Predikce úspěšnosti člověka

v každodenním životě tedy není možná ani samotným vyšetřením kognitivních funkcí, ani vyšetřením adaptivních dovedností. Studie Bowieho a kol. (2006) byla zaměřena právě na zkoumání vztahu mezi výkonem osob se schizofrenií v neuropsychologických testech a v reálném životě. Neuropsychologické testy zjišťující stav kognitivních funkcí velmi významně koreluje s funkční kapacitou, výkon v testech je však podáván za optimálních (a tím nestandardních) podmínek a v simulovaných situacích (výsledek tedy říká, co by osoba mohla). Funkční kapacita pak dále predikuje funkční výkon v běžném životě, v obvyklých, každodenních podmínkách. Výsledky výzkumů i praxe ukazují, že funkční kapacita osoby a funkční výkon (to, co osoba skutečně dělá) souvisí jen do jisté míry (Bowie et al., 2006)! V reálných podmínkách je výkon ovlivněn i dalšími faktory než jen kognicí: dalšími schopnostmi a dovednostmi, velkým množstvím různých motivačních činitelů a vnějších faktorů: příležitosti, sociální podpora při provádění aktivit, finanční a zdravotní management ad. (viz schéma 2). Specificky pro osoby se schizofrenií je reálný výkon v interpersonálních a pracovních dovednostech ovlivněn depresí (Bowie et al., 2006). Výsledky neuropsychologických testů, tedy hodnoty laboratorně zjištěného kognitivního deficitu korelují s úrovní výkonů v běžném životě jen příležitostně (Bowie et al., 2006).

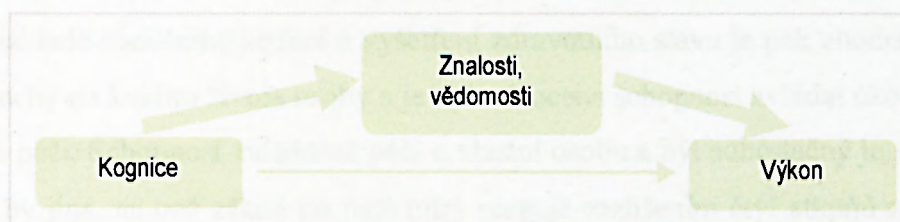
Schéma 2 – Vztah mezi kognitivním deficitem a funkčními výkony osoby



Kvalitu života, včetně sociálního fungování osoby by tedy pravděpodobně bylo možné zlepšit prostřednictvím ovlivnění kognitivních funkcí (Harvey et al., 1998; Kučerová, 2006), kognitivní deficit má totiž vliv na udržení a získávání dovedností (Green, 1996). Jak bude ukázáno níže, dostupné postupy k výraznému ovlivnění kognitivních funkcí u osob se schizofrenií, které se v současné době užívají, tedy psychofarmaka a rehabilitace kognitivních funkcí prozatím nejsou příliš účinné, nebo jen u některých skupin osob. Brown et al. (2006) to vysvětluje existencí mediátoru mezi kognicí a výkonem v běžných podmínkách. Jestliže některé výzkumy naznačují, že není přímá spojitost mezi kognitivními schopnostmi a výkonem v reálných podmínkách, tak to procesu musí vstupovat další proměnná. Brown et al. (2006) uvádí následující příklad: při nákupu v obchodě s potravinami je výkon jistě ovlivněn pozorností, pamětí nebo schopností řešit problémy. Při konkrétním výkonu však hrají tyto faktory roli spíše při efektivním rozpoznávání způsobu,

v kterém jsou obchody organizovány, k vytvoření strategií k lokalizaci levnějšího zboží atp. Do konkrétního výkonu tedy vstupují znalosti a vědomosti, které dotyčná osoba má (viz schéma 3). Znalosti a vědomosti jsou tak konkrétním faktorem, který ovlivňuje výkon v reálných podmínkách (Brown et al., 2006). Závěrem dodává, že tyto skutečnosti musí být zohledněny v rámci zvyšování efektivity psychosociálních intervencí.

Schéma 3 – Vztah mezi proměnnými v mediačním modelu (Brown et al., 2006)



Přesto je zde evidentní potřeba podpory pro některé osoby se schizofrenií, a to nejen po stránce zdravotnické, ale zejména právě po stránce sociální. Objevuje se tedy otázka po postupech, jak umožnit těmto osobám, které vykazují velmi výrazný kognitivní deficit při schizofrenii, aby se zapojily do běžného života. Tito lidé potřebují stálou psychiatrickou (udržovací léčba) i sociální péči (podpora v soběstačnosti, při péči o vlastní osobu, domácnost, pracovní zapojení) podle konkrétních, individuálních schopností a dovedností osoby. Míra podpory tak může velmi variovat.

U osob, které vykazují kognitivní deficit z důvodu schizofrenie, může tedy docházet k tomu, že nejsou samy schopny zajistit si základní potřeby a nacházejí se tak v nepříznivé sociální situaci. Jako každý jiný občan, i tyto osoby mohou požádat ze sociálního zabezpečení o následující dávky a výhody, které jsou podmíněny nepříznivým zdravotním stavem:

- příspěvek na péči (systém sociálních služeb),
- plný nebo částečný invalidní důchod (z důchodového pojištění),
- poskytování dobrovolné dávky nemocenského po uplynutí podpůrní doby (z nemocenského pojištění),
- dávky sociální péče (mimořádné výhody - průkazy TP, ZTP a ZTP/P, bezúročné půjčky ad.)
- dávky státní sociální podpory (rodičovský příspěvek, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, příspěvek na školní pomůcky ad.).

Pro to, aby si mohly zajistit pomoc nebo podporu ve svém sociálním fungování, mohou zažádat o příspěvek na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pokud se týká posuzování stupně závislosti na pomoci druhé osoby pro stanovení případné výše příspěvku na péči, hodnotí se (podobně jako u všech osob se zdravotním postižením) schopnost zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti. U osob s duševní poruchou je zásadní, zda je její nepříznivý zdravotní stav dlouhodobý, tedy zda je - podle 36 kritérií uvedených v příloze č. 2 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách – člověk schopen dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provedení úkonu. Na základě sociálního šetření a vyšetření zdravotního stavu je pak zhodnocen dopad duševní poruchy na kvalitu života osoby a je vyhodnocena schopnost zvládat úkony a stupeň závislosti na péči. Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je samozřejmě u každé osoby jiná, na což zákon do jisté míry reaguje rozlišením čtyř stupňů závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. Osoby s duševní poruchou selhávají nejprve v oblasti soběstačnosti, kdy nejsou schopny sociálního začlenění do společnosti, resp. do místní komunity (zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku, uspořádání času, plánování, nakládání s penězi, vaření, úkony péče o domácnost) a některých specifických úkonů péče o vlastní osobu (zejm. schopnost dodržovat léčebný režim). Teprve u těžších poruch dochází k selhávání péče o vlastní osobu (hygienické úkony, oblékání, stravování ad.).

Podobně jako osoby s poškozením mozku, se i osoby se schizofrenií často dostávají do situace, kdy nejsou schopny výdělečné činnosti, a tak pobírají částečný nebo plný invalidní důchod. To může mít výrazný vliv na ekonomickou situaci osoby, příp. celé rodiny (Preiss, 2006), ale i přístup osoby k jiným zdrojům, včetně sociálních. Neschopnost pracovat může být ovlivněna právě kognitivním deficitem, v převážné většině zaměstnání je potřeba udržet pozornost, dělit ji mezi více objektů nebo ji flexibilně přesouvat, udržet na kratší či delší dobu informace v paměti ad. Posuzování schopnosti soustavné výdělečné činnosti se řídí zákonem č. 155/1995 Sb. Osoba může být uznána plně invalidní, pokud poklesla její schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 % nebo je schopna výdělečné činnosti jen za mimořádných podmínek. Částečně invalidní je osoba, které poklesla schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 % nebo které zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky. Nárok na oba typy invalidních důchodů mají osoby, které jsou uznány plně nebo částečně invalidními a získaly potřebnou dobu pojištění.

Zhodnocení schopností a dovedností osob se schizofrenií se může realizovat i v rámci posuzování způsobilosti osoby k právním úkonům. Rozhodnutí soudu o zbavení nebo omezení osoby ve způsobilosti k právním úkonům se nejčastěji týká osob, které mají diagnostikovánu středně těžkou, těžkou nebo hlubokou mentální retardaci a dlouhodobou duševní poruchu - schizofrenii, trvalou poruchu s bludy, těžkou formu pokročilé

Alzheimerovy choroby ad. Schizofrenie však patří mezi poruchy, které nejčastěji vedou ke zbavení způsobilosti k právním úkonům (Marková a kol., 2006). Zbavení nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům má následky pro každodenní život člověka, které může osoba vnímat jako omezení. Veškeré úkony spojené s nabytím práv je nutné konzultovat a opatrovníkem nebo je přímo opatrovník provádí za svého opatrovance. Jedná se zejména o finanční transakce (osoby omezené ve způsobilosti k právním úkonům bývají často omezeny právě ve věci nakládání s většími či menšími finančními obnosy) a podepisování smluv. Do záležitostí, které nejsou právními úkony, by opatrovník neměl zasahovat (výběr oblečení, výběr volnočasových aktivit ad.).

Na závěr je třeba upozornit, že užívání psychofarmak osobami se schizofrenií může vést ke zpomalení reaktivity a zhoršení pozornosti, a tak je nutné v každém individuálním případě zvážit, zda umožnit osobě získat a vlastnit oprávnění k řízení motorových vozidel (řidičský průkaz), zda osoba může pracovat v provozech vyžadujících obsluhu strojů (tyto informace jsou často uvedeny i v příbalových letácích léků) nebo zda může vlastnit na základě zbrojního průkazu střelnou zbraň. Uvedené příklady mají vliv na sebepojetí člověka se schizofrenií, které ovlivňuje jeho srovnávání se s druhými lidmi a srovnávání sama sebe v době před nemocí a po propuknutí nemoci.

Oblasti narušení

U osob, které vykazují kognitivní deficit v důsledku schizofrenie, mohou být narušeny tyto oblasti:

- I. dovednosti spojené s péčí o vlastní osobu;
- II. dovednosti spojené se samostatným bydlením;
- III. komunikace a kooperace;
- IV. schopnost orientace vůči jiným osobám, orientace v čase a mimo přirozené prostředí;
- V. schopnost zacházet s časem, plánovat;
- VI. schopnost zapojení do sociálních aktivit, včetně pracovních a volnočasových.

Dovednosti spojené s péčí o vlastní osobu a se samostatným bydlením

Dovednosti, které jsou spojovány s péčí o vlastní osobu (hygienické úkony, oblékání, dodržování léčebného režimu, příprava stravy, péče o prádlo ad.) a o domácnost (úklid a další údržba domácnosti, nakládání s penězi a cennostmi, nákupy atp.), bývají v odborné literatuře označovány jako sociální. Absence nebo úbytek těchto dovedností může být dán

nejen kognitivním deficitem, ale i dalšími příznaky poruchy samotné (snížený zájem o vnější záležitosti, snížená schopnost porozumět reakcím druhých ad.), dlouhodobou hospitalizací ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízení sociální péče, v jejímž důsledku dojde ke snížení nebo ztrátě již naučených dovedností, a také již premorbidně sníženými sociálními dovednostmi v důsledku nedostatečně stimulujícího rodinného a sociálního prostředí. Přesto je deficit kognitivních funkcí (zejména porucha pracovní paměti), spolu se sníženou úrovní sociální percepce a sníženou schopností regulace a adaptace chování, nejvýznamnějším příznakem schizofrenie, který ovlivňuje získání a udržování sociálních dovedností (Kučerová, Říhová, 2006). Motlová, Koukolík (2004) předpokládají souvislost mezi selháváním v sociálních dovednostech s obtížemi v porozumění interpersonálním situacím⁷. Nicméně kombinace uvedených faktorů prohlubuje snižování sociálních dovedností a má významný vliv na možnosti a způsoby rehabilitace.

Komunikace a kooperace

Nejen pozitivní, negativní a afektivní symptomatika, ale i kognitivní dysfunkce mají vliv na komunikační a kooperační, tj. sociální, dovednosti člověka se schizofrenií. Při schizofrenii dochází k trvalým osobnostním změnám, které výrazně ovlivňují kontakt s druhými osobami. Mezi takové charakteristiky patří u osob se schizofrenií impulzivita, emoční labilita, agitovanost, zkreslené vnímání záměrů a jednání druhých, nápadný nedostatek motivace, zvýšené nabuzení, obsesivní nebo přehnaně přesné chování, sociálně nevhodné výpovědi, reakce nebo jednání, infantilní chování, přehnaná přátelskost nebo sociální izolovanost a introverze, přehnaný zájem nebo nezájem o mezilidský kontakt, nedůvěřivost, pocit nedostatku péče od druhých, nezájem o osobní věci ad. (Preiss, 2006). Komunikace a spolupráce s druhými lidmi, která se tak může stávat nejasnou, neplynulou a nesouvislou. Přitom právě sociální chování, kognice a emoce jsou spojeny s úspěchy v interpersonálních vztazích (Kopelowicz et al., 2006).

Mohr (1998) uvádí, že toto sociální odcizení je důsledkem právě deficitů v kognitivní oblasti, nikoli psychotické podezřívavosti nebo reakce na psychotické stimuly, užívání drog, alkoholu nebo na deprese. Z nich je pak rozhodující snížená schopnost (dysfunkce) při přijímání a dekodování informace, zpracování odpovědi, rozhodování a odeslání sociálně přiměřené odpovědi (Tůma a Lenderová, 2001) a snížená schopnost výběru podstatných informací, které umožňují odpovídajícím způsobem vyhodnotit situační kontext (Lenderová,

⁷ Neschopnost péče o sebe je (kromě nebezpečnosti osoby sobě samé nebo svému okolí nebo rizika vážného zhoršení zdravotního stavu) jedním z praktických důvodů k nedobrovolné hospitalizaci (Baudiš, 1994). Nedobrovolná hospitalizace je závažným etickým problémem: stojí proti sobě právo člověka na rozhodování o sobě a právo na léčbu. Posuzování v této věci provádí soud.

2004). V interpersonální oblasti se tato skutečnost odráží v oblasti sociální percepce, kdy osoba není schopna rozpoznat klíčové situační parametry sociálních situací (Kučerová, Ríhová, 2006) a kdy je snížena její citlivost v rozpoznání interpersonálních signálů (Tůma, Lenderová, 2001). Další překážkou v komunikaci a kooperaci (tedy v oblasti navazování a udržování mezilidských vztahů) osob se schizofrenií s druhými lidmi je narušená schopnost správně vnímat a interpretovat mimické výrazy druhých a rozpoznat jejich emoce (Tůma, 1999; Tůma, Lenderová, 2001; Lenderová, 2004; podobně Preiss, 2006).

Pokud se týká schopnosti spolupráce mezi klientem/pacientem a profesionálem, pak schizofrenie je onemocněním, které klade mimořádné nároky na spolupráci, a to pro obě strany (Motlová, Holub, 2005). Spolupráce je nutná jak v otázkách léčebného režimu, tak v otázkách psychosociálních. Noncompliance^o (nespolupráce při léčbě) je velmi rozšířená: až 80 % pacientů se schizofrenií nedodrží léčbu, léky neužívá podle doporučení až 40 % pacientů v prvním roce léčby a 75 % během dvouletého sledování (Motlová, Holub, 2005; Klinberg et al., 2008). Spolupráci při léčbě komplikuje řada faktorů (Motlová, Holub, 2005; Češková, 2005; Látalová, Pidrman, 2006; Klinberg et al., 2008), z nichž některé mohou komplikovat spolupráci osoby se schizofrenií obecně (s terapeutem, psychologem, sociálním pracovníkem (Pečeňák, 2005), ale i rodinou):

- Charakteristiky poruchy jako takové: Schizofrenie je projevuje některými specifickými příznaky, které mohou mít výrazný vliv na spolupráci. Z těchto příznaků je jednou z nejzávažnějších anozognozie (neschopnost rozpoznat vlastní nemoc), naopak náhled na nemoc je jedním z prediktorů úspěšné spolupráce (Klingberg et al., 2008). Objevuje se u 50 % osob nemocných schizofrenií. Ale i kognitivní dysfunkce může velmi výrazně ovlivňovat srozumitelnost, plynulost a dynamiku hovoru. Osoby mohou být velmi málo nebo vůbec motivovány k léčbě.
- Průběh poruchy: Období floridní symptomatiky střídají remise, které mohou být natolik úplné, že osobu vedou k přesvědčení, že se již uzdravil a další léčbu nepotřebuje. Remise tak bývají, zejména na počátku onemocnění, kritickými obdobími. V prvním roce po první atace podle doporučení lékaře nespoupracuje 59 % osob (Motlová, Holub, 2005).
 - Lék a léčba: Vztah osoby k nemoci a léčbě můžou ovlivňovat jednak vedlejší účinky psychofarmak, které jsou s jejich užíváním spojeny a které mohou velmi výrazně ovlivňovat chování osoby (např. pohyblivost); jednak obtíže spojené s nutností monitorování (hlídání denních dávek v určité pravidelnosti, příprava léků, stav

^o Noncompliance zahrnuje kromě neužívání předepsané medikace i zanedbávání dietních opatření a cvičení, nedodržování lékařem doporučeného denního režimu nebo neochotu uzpůsobit životní styl (Motlová, Holub, 2005; Češková, 2005).

domácích zásob atp.); dále i forma a vzhled léku (velikost, barva ad.). Přesvědčení o nutnosti užívání medikace, zejm. v době, kdy odezní příznaky (tzv. udržovací medikace), je také jedním z prediktorů úspěšné spolupráce osoby s ošetřujícím lékařem (Klingberg et al., 2008). Motlová a Holub (2005) tyto intervence shrnuli a představili řadu opatření, která mohou zkvalitnit spolupráci mezi lékařem a pacientem (viz tabulka 1).

Tabulka 1 - Intervence, které usnadňují osobě užívání medikace (podle Motlové, Holuba, 2005)

Strategie	Specifická intervence
Zvolit optimální lék	<ul style="list-style-type: none"> ▪ monitorovat nežádoucí účinky
Zjednodušit dávkovací schéma	<ul style="list-style-type: none"> ▪ upravit načasování, frekvenci, množství ▪ přizpůsobit pacientovým denním aktivitám (pokud je to možné, vyhnout se užívání léku v poledne)
Ovlivnit rozsah vědomostí o nemoci a léčbě	<ul style="list-style-type: none"> ▪ umět diskutovat s lékařem, sestrou, lékárníkem ▪ distribuovat informace v psané formě ▪ podporovat pátrání po informacích na webu ▪ pozvat do edukačních programů
Ovlivnit pacientovy předsudky vůči medikaci	<ul style="list-style-type: none"> ▪ monitorovat, co si pacient o medikaci myslí ▪ nacházet a překonávat bariéry ve vztahu k medikaci
Komunikovat s pacientem i jeho rodinou	<ul style="list-style-type: none"> ▪ aktivně naslouchat ▪ zpříjemnit péči a léčbu, například optimálními termíny kontrol pro pacienta
Umožnit pacientovi spolurozhodování o léčbě	<ul style="list-style-type: none"> ▪ začlenit pacientova přání do jasně formulovaných dohod
Zamezit nedorozumění	<ul style="list-style-type: none"> ▪ informovat pacienta jasně a srozumitelně
Hodnotit adherenci	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dotazovat se pacienta, zda léky užívá

- **Nedostatek informací:** Klient potřebuje o své nemoci a léčbě relevantní informace, a to ve formě, která mu bude srozumitelná, avšak informování lidí nemocných schizofrenií není vždy běžnou praxí. Obecné informace osoby často získávají z dostupných příruček a internetových zdrojů. V poslední době je provozována i řada psychoedukačních aktivit, jejichž cílem je právě více angažovat osoby v léčbě, dodat jim dostatečně obsáhlé, relevantní a srozumitelné informace a naučit je důležitým dovednostem. Informace o tom, proč jsou léky při léčbě dlouhodobých onemocnění nepostradatelné a jaké mohou být následky jejich svévolného vysazení nebo změny jejich dávkování, motivují pacienty k jejich užívání. Během psychoedukačních programů bývají také často v diskusi identifikovány překážky ve vztahu k medikaci (předsudky vůči lékům, lékaři, nemoci, sobě ad.). Zvýšenou pozornost je nutno věnovat významu medikace v prevenci relapsu. Pokud se jedná o skupinové programy, je možno vyměňovat si zkušenosti s ostatními osobami. Je také výhodné, když se psychoedukačních programů účastní rodina nebo partner osoby se schizofrenií, aby problematice poruchy více rozuměli a mohli tak poskytovat účinnější oporu.

- **Profesionál (lékař, terapeut, pedagog ad.):** Pro dlouhodobou úspěšnou spoluprací je, kromě znalostí a zkušeností profesionála, rozhodující rovnocenný vztah mezi profesionálem a klientem, který je do značné míry dán jednak tím, že profesionál osobu do léčby co nejvíce zapojuje, podává jí co nejvíce informací, jednak kontextem, ve kterém jsou informace poskytovány. Terapeutický vztah tvoří několik složek a ve vztahu k léčebné spoluprací má největší význam terapeutická aliance (Motlová, Holub, 2005; Klingberg et al., 2008), racionální a smysluplný kontakt osoby s profesionálem umožňující cílevědomě pracovat v terapeutické situaci. Vztah je rámcem, v kterém dochází ke vzájemné akceptaci a který je založen na vytváření a udržování důvěry, cílevědomém udržování hranic a vytváření bezpečného prostředí.
- **Podpora rodiny:** Rodina vytváří osobě zázemí a prostředí, které ho může nebo také nemusí podporovat. Výše byl uveden význam psychoedukačních aktivit. Psychoedukace rodiny je i prevencí stigmatizace.
- **Postoj společnosti k duševní poruše a stigma spjaté s diagnózou schizofrenie:** Osoby s duševní poruchou se mohou dostat do společenské izolace (v důsledku obtíží při navazování a udržování vztahů, času tráveného hospitalizacemi, snížení sociálních a pracovních dovedností a schopností, nedostatečné finanční zázemí ad.). Sociální izolace se velmi úzce spjata se stigmatizací. Tento negativní jev podporuje sociální izolaci, diskriminaci, separaci, degradaci osob s duševní poruchou. Stigmatizace osob s duševní poruchou, tedy přisuzování vlastností a způsobů chování celé skupině osob vykazujících společný znak, se projevuje zejména přesvědčením veřejnosti o nebezpečnosti, nevléčitelnosti, nespolehlivosti a snížené inteligenci osob se schizofrenií. Stigmatizace má vliv jak na okolí osoby, tak na osobu samotnou (změny v prožívání i chování).
- **Hospitalizace:** občasné psychotické ataky s event. nutností hospitalizace mohou ovlivňovat průběh intervencí. Pokud dochází k častému přerušování terapeutického působení, zpomaluje se průběh rehabilitace.

Klingberg et al. (2008) považuje při spoluprací za klíčový zejména subjektivní postoj osoby k léčbě a nemoci. Ostatní faktory, jako jsou vedlejší účinky léků, kognitivní dysfunkce, sociodemografické ukazatele, schopnost řešit problémy, věk, komorbiditu nebo styk s rodinou, se ukázaly méně významnými.

Orientace vůči jiným osobám, orientace v čase a mimo přirozené prostředí

Výše uvedené sociální dovednosti velmi úzce souvisí se schopností člověka řešit každodenní, interpersonální, komunikační a vztahové situace. Je prokázána souvislost

selháváním v sociálních dovednostech s obtížemi v porozumění interpersonálním situacím (Motlová, Koukolík, 2004). Kontakt s druhými vyžaduje složité zpracování mnoha informací zároveň, což může být pro člověka se schizofrenií zátěží (Motlová, Koukolík, 2004). Osoba si například nepamatuje jména a základní informace o druhých (Nondek, Benešová, 2007). Důsledkem deficitu kognitivních funkcí může být selhávání v každodenní komunikaci s druhými a následné prohlubování sociální izolace. Schopnost bezproblémově interagovat v sociálním poli předpokládá nepostižené kognitivní funkce. Odrazem jejich poruch u schizofrenie jsou problémy v sociálním fungování a v mezilidských interakcích.

Schopnost zacházet s časem a plánovat

S celkovým kognitivním deficitem je opakovaně uváděna v souvislost snížená schopnost vytyčení určitého cíle, volby strategie k jeho dosažení, zvážení více alternativních řešení problému a umění flexibilně se přizpůsobovat měnícím se okolnostem (Lenderová, 2004; podobně Češková et al., 1999). Schopnost zacházet s časem (tj. dělit svůj čas, dodržovat určitý denní režim, ale i schopnost dodržovat termíny) a schopnost plánovat (rozvrhnout svůj čas tak, aby bylo možno dosáhnout vlastních cílů) velmi výrazně souvisí s exekutivními schopnostmi. Poškození mozku při schizofrenii se projevuje v oblasti vigility a pozornosti, jejichž narušení způsobuje změny v chování i v jednání zaměřeném na dosahování cílů a plnění úkolů, které vyžadují déletrvající koncentraci pozornosti (Preiss, 2006).

Schopnost zapojení do sociálních aktivit, včetně pracovních a volnočasových

Osoby se těžkou, dlouhodobou duševní poruchou nejsou často schopny si najít nebo udržet (kompetitivní) zaměstnání - selhávají při hledání práce i při jejím výkonu, nedostatečně si osvojují pracovní dovednosti (Tauber et al., 2000; Tsang, 2001; Wallace, Tauber, 2004; Kučerová, Ríhová, 2006; Kučerová, 2006). V souvislosti s poškozením kognitivních funkcí se objevují obtíže se započítáním, ale i dokončením úkolů, se snadnou rozptýlitelností nebo naopak ulpíváním (Kučerová, Ríhová, 2006). Zásadní potíže se projevují při pokusech o návrat do práce, méně než 10 % osob se schizofrenií pracuje na celý úvazek; schizofrenie celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity (Češková, 2005). Snížená schopnost pracovat a invalidizace osob má dalekosáhlé sociální následky (naplnění volného času, sociální izolace, nedostatek financí atd.). Přitom právě aktivity volného času a vztahy jsou klíčové pro subjektivní posuzování kvality života, spíše než symptomy a sociální fungování (Borge et al., 1999).

3. OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V OBORU SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Cílem této části práce je teoretické ukotvení problematiky osob se schizofrenií v systému speciálně pedagogických věd. V odborné speciálně pedagogické literatuře jsou spíše jen nastíněny možnosti, jak tuto cílovou skupinu integrovat do oboru. Každopádně současná poměrně široká vymezení speciální pedagogiky, umožňují skupinu osob s duševní nemocí do oboru zařadit. Jako příklad lze uvést následující definice speciální pedagogiky:

- „věda o zákonitostech speciální výchovy a speciálního vzdělávání jedince, který z důvodu znevýhodnění vyžaduje při vzdělávání speciálně pedagogický přístup, podporu při pracovním a společenském uplatnění. (...) Zahrnuje veškeré odlišnosti, které mají charakter závady, oslabení, odchylky, poruchy, vady, postižení.“ (Pipeková, 2006, s. 95);
- „disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění“ (Slowík, 2007, s. 15);
- „vědní obor, který se zabývá zákonitostmi výchovy a vzdělávání a rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodněni vůči většinové populaci v oblasti fyzické, psychické či sociální a mají speciální výchovně vzdělávací potřeby.“ (Fischer, Škoda, 2008, s. 14).

Uvedená vymezení implikují jako předmět speciální pedagogiky široký okruh osob se znevýhodněním různých projevů a etiologie, jejichž porucha nebo postižení⁹ ztěžuje nebo znemožňuje běžný způsob života ve srovnání s vrstevníky a uplatnění rolí, které jsou pro ně vzhledem k věku, pohlaví a sociokulturním zvyklostem přiměřené. Je zdůrazněno, že ve středu zájmu speciální pedagogiky stojí veškeré osoby, které potřebují podporu při sociální integraci, a to bez ohledu na věk, povahu, rozsah a etiologii poruchy nebo postižení. Z těchto předpokladů vychází i koncept specifických potřeb. Člověk zde nemá handicap nebo sníženou schopnost či schopnosti, pouze specifické potřeby, k jejichž naplnění a uspokojení je potřeba využívat specifických metod a služeb (Jesenský, 2000, s. 62).

Takové pojetí je v souladu i s trendem celoživotního učení a trvalého osobnostního rozvoje. Pokud v optice výše uvedených poznatků budeme schizofrenii a další duševní choroby nahlížet jako onemocnění, která mohou mít (u některých jedinců značné)

⁹ Slowík (2007) definuje poruchu jako narušení psychické, anatomické nebo fyziologické struktury nebo funkce a postižení jako omezení nebo ztrátu schopnosti vykonávat aktivitu způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za běžný.

psychosociální důsledky a ohrožují své nositele sociálním vyloučením, pak i tato skupina osob bude jednoznačně spadat do oblasti speciální pedagogiky.

Takové úvahy nejsou ve speciální pedagogice úplnou novinkou, i když pokud se odborné literatury týká, pak této cílové skupině dosud nebylo věnováno příliš prostoru. Například v oborovém časopise Speciální pedagogika nebyl v posledních deseti letech¹⁰ zveřejněn žádný článek, který by se zabýval osobami s duševním onemocněním nebo dokonce schizofrenií. Je ovšem potřeba se ptát, zda tento nezájem není oprávněný, resp. zda, proč a jak by se měla speciální pedagogika osobami s duševní nemocí zabývat. Souvisí to s otázkou po tom, co může speciální pedagogika přinést oborům, které se touto skupinou osob zabývají tradičně - psychiatrii, psychologii nebo sociální práci, a také s otázkou, čím může speciální pedagog přispět v týmu, který nabízí podporu osobě s duševní nemocí, resp. člověku, jehož životní situace je nemocí ovlivněna do té míry, že potřebuje odbornou intervenci a podporu? Jak připomíná Slowík (2007, s. 111), který podobně jako další autoři řadí skupinu osob s duševní nemocí do podoboru psychopedie: „*Psychopedie se historicky orientovala na osoby s mentálním postižením a psychickými poruchami. Toto vymezení však není zcela jednoznačné – situace člověka s mentálním postižením je radikálně odlišná od situace jedince s psychickou poruchou nebo onemocněním, mezi odborníky proto neexistuje naprostá shoda v odpovědi na otázku, zda a jak by se měla tato oblast speciální pedagogiky osobami s psychickými poruchami zabývat.*“

3.1 Osoby s duševním onemocněním jako cílová skupina psychopedie

V České republice je jen s mírnou úpravou tradičně užíváno rozdělení speciální pedagogiky na jednotlivé oblasti (pedie), podle typu postižení osob, tak jak je definoval M. Sovák. Osoby s psychickým onemocněním obvykle spadají v tomto systému, společně s osobami s mentální retardací nebo autismem, do oblasti psychopedie. Jen výjimečně se setkáváme s tím, že by ve speciálně pedagogické literatuře byly osoby s duševním onemocněním vyčleněny jako samostatná cílová skupina. Například Jesenský (2000, s. 67) zahrnuje do skupiny „*duševně postižených*“ osoby, které mají tyto diagnózy: „*neurózy, psychopatie, sexuální úchytky, psychózy, schizofrenie a monosymptomatické poruchy*“, neřadí je však do podoboru psychopedie (s. 76).

Pokud srovnáme psychopedii s ostatními speciálně pedagogickými podobory, pak zjistíme, že určitá různorodost daná značnými rozdíly mezi jedinci, kteří do skupiny spadají, je obvyklá (velmi variabilní skupinou je například skupina osob s různými typy tělesného

¹⁰ Byly prozkoumány časopisy Speciální pedagogika z let 1997 až 2008.

postižení a chronických onemocnění, které spadají do podoboru somatopedie). Tato variabilita v etiologii, projevech, potřebách a perspektivách jedinců by se však měla odrážet v nabízených speciálně pedagogických diagnostických a terapeutických metodách a postupech každého podoboru.

Pokud se podrobněji zaměříme na psychopedickou literaturu, pak zjistíme, že podrobněji se věnuje výhradně osobám s mentálním postižením. Jakési návrhy, že obor by se mohl zaměřit i na osoby s duševním onemocněním, jsou obsaženy výhradně v definicích psychopedie. Ale ani to není pravidlem. Některé definice uvádějí, že cílovou skupinou podoboru psychopedie jsou výhradně osoby s mentálním postižením (Valenta, Krejčířová, 1997, s. 14; Bartoňová a kol., 2007, s. 10; Pipeková, 2006, s. 97, Černá a kol., 2008, s. 75). Jindy je dán ve vymezení psychopedie určitý prostor pro osoby s jinou formou postižení nebo postižení jiné etiologie.

Bazalová (2006, s. 269) definuje psychopedii jako „*speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá edukací osob s mentálním nebo jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby. Jejím cílem je dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti jedince s mentálním či jiným duševním postižením a jeho integrace do společnosti.*“ Přestože se dále v kapitole věnované psychopedii věnuje výhradně osobám s mentálním postižením, definice oboru připouští i další cílové skupiny. Podobně i Valenta a Müller (2007, s. 4) definují psychopedii jako „*interdisciplinární obor zabývající se prevencí (hlavně terciální), prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením*“. Uvedení autoři tak do oboru psychopedie řadí i osoby „jinak duševně postižené“, tedy osoby, které jsou v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí uvedeny v kategoriích F2 (schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy), F3 a F4. Schizofrenii se však dále příliš nezabývají, samostatně je uvedena jen stručná charakteristika onemocnění (s. 42). Další vymezení psychopedie uvádí Fischer a Škoda (2008, s. 16): „*Psychopedie se zabývá postižením zákonitostí výchovy a vzdělávání a jedinců, kteří mají poruchu, handicap a jsou znevýhodněni v oblasti mentální.*“ Autoři upřesňují, že do skupiny spadají osoby s vrozenými i získanými poruchami, tedy nejen mentální postižení, ale i demenci.

Uvedené definice osoby s duševním onemocněním zahrnují do psychopedie ve dvou základních pojetích: (1) Buď je v definici přímo uvedeno, že jeho předmětem jsou kromě osob s mentálním postižením ještě osoby s „duševním postižením“ nebo „duševní poruchou“, nebo (2) je cílová skupina vymezena znevýhodněním v oblasti mentální. V obou pojetích je předmětem psychopedie člověk, který má deficit v kognitivní oblasti bez ohledu

na její etiologii a na další skutečnosti. Je však potřeba zdůraznit, že podobně jako v dalších speciálně pedagogických podoborech, jsou do oboru zahrnuty pouze ty osoby, které potřebují podporu při integraci do komunity.

Vymezení společné kategorie psychopedie pro skupinu osob s mentální retardací a s duševními nemocemi může být důsledkem těchto skutečností:

1. Terminologie: Obě skupiny jsou označovány podobným způsobem, v jejich názvu – „mentální“, „psychické“, „duševní“. V minulosti byly pro mentální postižení využívány takové termíny jako duševní postižení, duševně abnormální ad. (Bartoňová a kol., 2007), které obě skupiny terminologicky propojovaly. Zejména pro laiky tak mohou obě skupiny splývat. Terminologicky je však správně upozorněno, že u obou skupin se jedná o narušení v oblasti psychiky, zatímco tělesná stránka nemusí být nutně poškozena.
2. Uvedení obou kategorií v manuálu Duševní poruchy a poruchy chování: Obě kategorie jsou uvedeny v psychiatrických manuálech. V České republice je aktuálně využívána 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Obě uvedené skupiny spadají do části Duševní poruchy a poruchy chování, stejně jako další skupiny nemocí a stavů, které spadají do jiných podoborů speciální pedagogiky (viz Příloha).
3. Využívání stejných zařízení pro umístění obou skupin osob: Přestože v současné době jsou obě skupiny osob zřizována různá zařízení z důvodu různých specifických potřeb, v minulosti byly obě skupiny slučovány. Osoby s mentální retardací byly tzv. léčeny v psychiatrických léčebnách a stejně tak byli lidé s duševní poruchou umístěni v ústavech sociální péče.
4. Kognitivní schopnosti: Jedná se o jeden z charakteristických znaků pro vymezení obou skupin, narušení se projevuje zejména v oblasti pozornosti, paměti a exekutivních funkcí jako. U lidí s mentální retardací se poruchy objevují v oblasti paměti, kdy si osoby nové informace osvojují pomaleji a až po mnohočetném opakování; pozornost je charakterizována nízkým rozsahem sledovaného pole, neschopností udržení pozornosti, sníženou délkou udržení záměrné pozornosti, ulpíváním; narušeny jsou i exekutivní funkce, specifickým znakem je hypobulie nebo abulie charakterizovaná sníženou schopností podřízení svého chování naplnění cíle (Valenta, Krejčířová, 1997). Zatímco snížená úroveň kognitivních schopností je však pro diagnostikování mentální retardace nevyhnutelná, snížení kognitivních schopností při schizofrenii se nemusí projevit u všech diagnostikovaných osob. Přesto pokud se kognitivní deficit objeví, pak ho lze u lidí se schizofrenií považovat za určitý druh mentálního znevýhodnění.

5. Adaptivní dovednosti: V návaznosti na snížené kognitivní schopnosti (a případně i omezené zkušenosti z důvodu dlouhodobého pobytu v institucionálním prostředí) se u obou skupin osob může projevovat snížení adaptivních dovedností. Zatímco pro osoby s mentální retardací je (podle Americké asociace pro intelektové a vývojové obtíže¹¹) snížení adaptivních schopností jedním ze tří základních požadavků na označení člověka za osobu s mentálním postižením, ne u všech osob se schizofrenií se takové narušení musí projevit. Je však typické právě u osob, které trpí kognitivním deficitem.

Oproti tomu velmi výrazná odlišnost mezi osobami s mentálním postižením a se schizofrenií se týká průběhu. Mentální retardace, přestože je uvedena v 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (viz příloha), není duševní ani jinou nemocí. Je trvalým stavem, který provází člověka celý život. Oproti tomu schizofrenie je nemoc, proces s velmi variabilním průběhem. Předchází jí období zdraví a po jejím propuknutí je možné ji léčit (a v některých případech i vyléčit). Přesto může být další průběh charakterizován řadou střídajících se období relapsů a remisí nebo postpsychotickým defektem. Kromě kontinuity průběhu odlišuje obě skupiny i premorbidní zkušenost. Zatímco u osob s mentální retardací je zkušenost života s mentální retardací kontinuální, lidé se schizofrenií až do doby první ataky mohou vést život běžným způsobem (například pokud se týká vzdělávání, vztahů s druhými, včetně zakládání vlastní rodiny).

Skupina osob s duševním onemocněním a skupina osob s mentálním postižením tedy vykazují jak společné znaky, tak znaky, které obě skupiny od sebe odlišují. Právě společné charakteristiky, zejména snížené kognitivní schopnosti a snížené adaptivní dovednosti, mohou opravňovat jednak sloučení obou skupin do speciálně pedagogického podboru psychopedie, jednak využití více či méně podobných terapeutických postupů a metod, které však musí být přizpůsobeny jak potřebám jednotlivým skupinám osob, tak konkrétním jedincům. Podobně jako v případě lidí s mentálním postižením však není přítomnost mentální retardace jediným kritériem pro vymezení cílové skupiny, tak ani v případě lidí s duševní nemocí není přítomnost onemocnění jediným kritériem pro zařazení do společného oboru - psychopedie. Rozhodujícím kritériem, stejně jako u všech cílových skupin speciální pedagogiky, je právě výskyt obtíží v běžném, každodenním životě osob v důsledku základní poruchy, v tomto případě (kromě jiného) kognitivního deficitu. Podbor psychopedie by tak mohl být definován cílovou skupinou osob vykazující kognitivní deficit různé etiologie, který osobám způsobuje obtíže v běžném životě.

¹¹ American Association of Intellectual and Developmental Disabilities - www.aaidd.org, www.aamr.org

3.2 Pedagogické zákonitosti, zásady a metody

Dospělí lidé s mentálním postižením i s duševním onemocněním mohou využívat podporu ve všech základních životních oblastech: v oblasti bydlení, práce nebo vzdělávání, při využívání volného času nebo v oblasti vztahů. Tato podpora je z převážné části realizována prostřednictvím sociálních služeb a služeb zaměstnanosti, v oblasti podpory osob s duševním onemocněním ještě v rámci zdravotnických zařízení. Nabízená podpora by měla respektovat specifika cílových skupin i jednotlivců. Pokud společnou charakteristikou skupiny osob s mentálním postižením a (některých) osob se schizofrenií je právě snížení kognitivních schopností a adaptivních dovedností, pak by podpora měla respektovat a důsledně využívat některé obecné i speciální pedagogické zákonitosti, zásady a metody. Jak bude dále ukázáno, v zahraničí jsou již koncipovány a využívány rehabilitační programy pro osoby s duševním onemocněním vykazujícími kognitivní deficit, které níže uvedené zásady a metody cíleně využívají (Kopelowicz et al., 2006).

Psychologické zákonitosti učení

Při práci s lidmi s duševním onemocněním, jejímž cílem je osvojit si nové dovednosti, návyky nebo způsoby chování, je nutno respektovat, stejně jako při práci s jakýmkoli skupinami osob, základní psychologické zákonitosti, které vycházejí z teorií učení. Přestože k nácvičku a přenosu nedochází ve vzdělávacích zařízeních, jedná se o činnosti, které jsou ve své podstatě výukové, a proto je s ohledem na zefektivňování spolupráce mezi klientem a pracovníkem potřeba respektovat základní zákonitosti. Například v zahraničí využívané Libermanovy rehabilitační programy Re-Entry Program nebo Social and Independent Living Skills Program UCLA (oba viz níže) respektují a cíleně pracují se všemi z uvedených zákonitostí.

Valenta (ve spolupráci s Krejčířovou, 1997, s. 21 a s Müllerem, 2007, s. 262) uvádí následující zákonitosti učení:

1. Zákon motivace

Při spolupráci profesionála a klienta je motivace jedním z klíčových faktorů ovlivňujících celkovou efektivitu intervence. Zejména zpočátku musí být využíváno motivace, která vychází z vnitřních pohnutek člověka, než motivace vnější. Klient musí rozumět tomu, proč program nebo službu využívá, jaký ze spolupráce bude mít zisk. V praxi se velmi výrazně ukazuje, že pokud se profesionál snaží spolupracovat s osobou s postižením na základě

vlastní zakázky, pak je spolupráce velmi komplikovaná. Různými formami vnější motivace můžeme v procesu spolupráce klienta jen podporovat.

Stejně tak je užitečné využívat především různých forem pozitivní motivace, která zviditelní úspěch klienta nebo zážitek úspěchu posílí, než motivace negativní, kdy je výkon osoby motivován a provázen strachem z očekávání nepříjemností a sankcí. Protože zážitek úspěchu má velmi silný motivační účinek, profesionál by měl podpořit jeho vznik i u těch osob, jejichž schopnosti jsou na nižší úrovni (např. volbou vhodných postupů, kdy se činnost dělí na menší úseky, v nichž osoba může zažít úspěch). Naopak prožitek neúspěchu, přestože v některých případech může aktivizovat, je spíše faktorem, který motivaci redukuje, zvláště pokud je zážitek neúspěchu opakovaný nebo není vyvážen úspěchy. Oproti odměně i trest jako motivační prostředek nebývá dlouhodobě příliš efektivní. Motivačním faktorem může být i soutěžení v rámci skupiny.

2. Zákon zpětné aferentace

Zpětná aferentace v učení znamená konfrontování stanoveného cíle vůči skutečně dosaženému cíli, tj. porovnávání předem stanoveného cíle intervence s tím, k čemu spolupráce skutečně vedla, jaké měla výsledky. K tomu to srovnání je nejprve nutné splnění cíle vyhodnotit, a to v souladu s předem stanovenými kritérii. Pokud se jedná o plnění dlouhodobějších cílů, bývá obvykle efektivnější diskutovat o naplňování cíle a podávat zpětnou vazbu již v průběhu učení nebo nácviku. Tím lze nejen předejít zpevnění nesprávných vzorců v době, kdy nová dovednost nebo způsob chování ještě nejsou automatizované, ale také průběžně posilovat motivaci osoby ke splnění cíle a další spolupráci.

3. Zákon transferu učení

Základem transferu je zobecnění naučeného, tak aby osoba byla schopna přenést nově naučené do podobné činnosti nebo prostředí. Jak bude ukázáno dále, transfer dovedností a nových způsobů chování bývá kritickým bodem rehabilitačních programů jak pro osoby s duševním onemocněním, tak pro osoby s mentálním postižením. Transfer totiž vyžaduje určitou míru generalizace, vyhledání bodů, které jsou společné pro obě činnosti, jejich abstrahování a přenos do nových podmínek a situací. Tento požadavek je klíčový zejména v aktivitách, jejichž nácvik neprobíhá v prostředí, v kterém bude činnost posléze realizována (např. v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v psychiatrických léčebnách, kde se lidé připravují na přechod do komunit, běžného prostředí).

4. Zákon opakování

Opakováním se posiluje spojení mezi podnětem a reakcí, dochází při něm k fixaci materiálu, který má být naučen. Opakování souvisí s paměťovými schopnostmi, které bývají u osob s duševní poruchou i u osob s mentálním postižením narušené. Počet i způsob opakování je tedy nutné přizpůsobit specifickému profilu narušení paměti, ale i ostatních kognitivních funkcí (zejm. pozornosti).

Valenta a Müller (2007, s. 263 podle Linharta, 1967) doporučují při opakování respektování následujících zásad:

- Opakovat stejné věci různými způsoby, v různých podmínkách,
- postupovat systematicky a způsobem, který je klientovi srozumitelný,
- při opakování využívat pozitivní zpětné vazby tak, aby byl účinek správně vykonaného úkonu posílen,
- frekvenci opakování volit individuálně, přizpůsobit ho učicímu se subjektu a také materiálu, který má být naučen,
- aktivovat další psychické funkce při opakování, aby se předešlo opakování mechanickému,
- respektovat psychohygienické zásady, tj. při učení dodržovat přestávky, střídat činnosti, metody, prostředí atp.,
- motivovat osobu (pozitivní zpětnou vazbou, poukazováním na využití dovednosti atd.).

Didaktické zásady

Didaktické zásady (principy) jsou obecné požadavky, které „jsou kladeny na proces výuky v souladu se stanovenými cíli a obsahem“ (Mužík, 2004, s. 63). Vycházejí většinou z výše uvedených psychologických zákonitostí učení. Zachycují a vyjadřují předpoklady a podmínky, kterými by se měl řídit výukový proces, a tak přispívají ke zvyšování jeho efektivity. Respektování a aplikace didaktických zásad podporuje dosažení cílů; při jejich konkrétní aplikaci je však třeba respektovat specifika cílové skupiny i konkrétní osoby nebo skupiny osob. Učebnice pedagogiky obvykle obsahují základní všeobecné didaktické zásady tak, jak jsou níže uvedeny podle Valenty a Müllera (2007). Pokud však budeme uvažovat o jejich využití pro skupinu osob se sníženými schopnostmi, je potřeba nejprve důrazně respektovat zásady, tak jak je uvádí Jesenský (2000).

1. Zásada integrace, partnerství, podpory a solidarity

Spolupráce musí být v maximální možné míře vedena s cílem vybavit klienta dovednostmi nebo mu nabídnout takovou podporu, která by umožňovala jeho integraci do společnosti

(Jesenský, 2000, s. 170). Tato podpora musí být přiměřená možnostem, schopnostem a dovednostem klienta a také jeho představám o zapojení se do společnosti. Představy klienta a pracovníka se v těchto ohledech nemusí vždy shodovat; může být obtížné odlišit, zda se klient nemá zájem zapojit v určitém ohledu do společnosti (např. v oblasti práce) z důvodu nedostatku zájmu, osobnostního založení nebo protože nezná způsoby nebo nemá potřebné dovednosti.

2. Zásada humanity a respektování lidské důstojnosti

Jedná se o obecně platný princip související s ochranou základních lidských práv, který je zakotven v řadě mezinárodních i tuzemských právních dokumentů. Přestože tyto předpisy jasně přiznávají práva všem osobám bez ohledu na jakékoli faktory, včetně postižení, v praxi nejsou práva striktně dodržována, a tak je na jejich naplňování upozorňováno i v dokumentech nižší právní síly. Nejnověji je nutnost jejich dodržování zdůrazňována v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a souvisejících předpisech.

3. Zásada interdisciplinarity

Osoba s duševní poruchou obvykle spolupracuje s více odborníky: psychiatrem, pracovníkem poskytujícím sociální službu, pracovníkem poskytujícím službu zaměstnanosti, psychoterapeutem, case managerem, případně veřejným opatrovníkem ad. Oblasti působení těchto odborníků se mnohdy prolínají, a tak je nutná jejich spolupráce (podobně Jesenský, 2000, s. 171).

Valenta a Müller (2007, s. 264) dále definují obecné didaktické zásady, které je nutné respektovat při výuce, tedy i při výuce osob s kognitivním deficitem:

4. Zásada uvědomělosti, aktivity a participace

Osoby musí být v maximální možné míře a v různých podobách zapojeny do procesu učení nebo poskytování sociální služby, tedy do naplňování svých cílů. Zapojení klientů by měl terapeut předpokládat a umožňovat, a pokud jsou osoby spíše pasivnější, měl by aktivně vytvářet situace, ve kterých klient dostane prostor pro partnerskou účast (Jesenský, 2000, s. 168). Pokud se jedná o strukturovaný učicí proces, měla by být jeho součástí i samostatná práce osob, při níž se osoby učí rozhodovat samy za sebe a také nést důsledky svých rozhodnutí. Kromě samostatného vypracování nebo realizace úkolů je možné využít i prezentace, vysvětlování či vzájemného učení. Při skupinové formě práce je vhodné zapojit osoby do spolurozhodování.

Tato zásada také vyžaduje, aby osoby rozuměly významu získávaných vědomostí a znalostí pro svůj běžný život, ale také požadavkům, které jsou na ně kladeny. Zásada souvisí s motivací k učení a její naplňování má vliv na trvalost naučeného. Osoba by do programů měla vstupovat již motivována, se zájmem obnovit nebo získat nové dovednosti, návyky nebo znalosti, nebo by měla být předem motivována prostřednictvím srozumitelného seznámení s cíli programu, a to s důrazem na využitelnost v běžném životě a možností skutečně je prakticky uplatňovat. Pokud osoba k učení není motivována, musí terapeut umět přiměřené cíle navrhnout a umožnit je osobám přijmout (například prostřednictvím objasnění významu a smyslu navrhovaných cílů).

Terapeut se musí prostřednictvím orientačních otázek průběžně ujišťovat, že osoby porozuměly, a prostřednictvím pozorování, zda dochází ke zlepšování ve výkonu činností. Rozvoj pak může podporovat pozitivní zpětnou vazbou, průběžným poukazováním na využití dovednosti v praxi nebo uváděním příkladů úspěšné aplikace v praxi ad. (Mužík, 2004).

5. Zásada názornosti

Materiál, který má být naučen, by měl být klientům předkládán tak, aby mohly do vnímání zapojit co možná nejvíce analyzátorů. Uplatňování této zásady při učení umožňuje vznik vícečetných spojení mezi vnímanými jevy nebo představami a vede tak nejen ke zvýšenému zájmu osob o výukový materiál, ale zejména k trvalejšímu zapamatování a dokonalejšímu osvojení učeného materiálu (Mužík, 2004). Zásada upozorňuje, že nejčastěji vyžívané metody verbálního přenosu informací nemusí zejména u osob s kognitivním omezením dostatečný. Proto je potřeba přenos a fixaci učebního materiálu podpořit nejen využitím pomůcek, které předkládané učivo doplní, ale zejména realizací aktivit v běžném prostředí (zejména při nácvičce specifických, rolových a instrumentálních dovedností). Mohou však být využívány i vizuální a audiovizuální pomůcky ve formě obrázků, schémat, fotografií nebo videozáznamů. Tyto pomůcky nemusí být unifikované, jak je obvyklé ve školní prostředí, ale může je vytvářet i terapeut sám nebo ve spolupráci s klientem tak, aby odpovídaly specifickým potřebám klientů.

6. Zásada přiměřenosti

Výběr vyučovacích metod, organizačních forem i struktury času musí odpovídat specifickému profilu schopností osob (schopnost udržet pozornost, paměťové schopnosti, verbální schopnosti, inteligence ad.), ale také jejich aktuálním dovednostem, zkušenostmi a motivací. V závislosti na těchto specifikách je, kromě jiného, potřeba v průběhu práce střídat více různých metod, obměňovat činnosti a specifickému profilu osob přizpůsobovat i

celkovou délku jednotky spolupráce. Přiměřený přístup terapeuta nebo lektora a volba metod přímo souvisí s (ne)možností klienta zažít úspěch a má tak vliv na postoj osob k učivu a k osvojování dalších poznatků (Mužík, 2004). Čím jsou tedy kognitivní obtíže osob větší, čím delší období je dělí od doby, kdy se museli něco systematicky učit, čím méně rozumí cílům učení, tím je nutno volit pestřejší metody a formy výuky a také přizpůsobovat tempo výuky. Zásada přiměřenosti také vyžaduje přiměřenost v požadavcích i ve výsledcích, dosažených cílech výuky. Osoby nesmí být přetěžovány, na druhou stranu je však nutné, aby učivo bylo i dostatečně náročné a způsob jeho osvojení dostatečně kvalitní.

7. Zásada soustavnosti

Zásada upozorňuje, že je nutné, aby si osoby v průběhu spolupráce osvojovali vědomosti, dovednosti a návyky v ucelené soustavě, systému, jehož prvky na sebe srozumitelně navazují. Nové poznatky a dovednosti musí být prezentovány tak, aby umožňovaly jejich postupné zařazování do systému a poznání jejich vzájemných vazeb. Nesmí jich tedy být příliš mnoho najednou; pokud se jedná o složitější úkon nebo informaci, je potřeba ji nejprve bezpečně fixovat. Právě systematické uspořádání usnadňuje zapamatování a snazší vybavování informace nebo dovednosti. Pokud s osobou spolupracuje více profesionálů, mělo by být jejich úsilí koordinováno (např. case managerem) tak, aby bylo dosahováno cílů klienta.

Realizace této zásady je propojena s požadavkem postupu učiva od známého k neznámému, od konkrétního k abstraktnímu, od snadného k obtížnějšímu a s požadavkem na využívání a zapojování stávajících znalostí a dovedností osob.

8. Zásada trvalosti

Tato zásada je zaměřena na uchování a znovuvybavování poznatků a dovedností. Její naplňování přímo souvisí s dodržováním ostatních zásad, zejména se zásadou soustavnosti: pouze informace, které si osoba začlení do struktury nebo schématu, je možné udržet v paměti po delší dobu. Aby byl naučený materiál v paměti dostupný, musí terapeut podporovat záměrné zapamatování, logicky strukturovat učební materiál a objasňovat význam naučeného pro běžný život osob (Mužík, 2004, s. 67). Podmínkou trvalého osvojení je také pochopení a dostatečné procvičování a opakování. Dovednosti a návyky však musí být nejen naučeny, ale i dále udržovány. Aktualizace, procvičování a využívání naučeného ve více či méně analogických podmínkách a situacích je podmínkou toho, aby se nově vytvořené návyky, dovednosti a poznatky udržovaly. Naučené je upevňováno, pouze pokud osoba naučené dovednosti dále praktikuje ve svém životě.

K těmto obecnějším požadavkům na spolupráci s osobami s postižením je vhodné připomenout ještě jeden z Jesenského principů (2000, s. 168):

9. Zásada uplatňování reedukačních a kompenzačních postupů a technických podmínek
Tato zásada reflektuje, že deficity osob s postižením a jejich důsledky v různých oblastech je možné ovlivnit prostřednictvím využíváním různých specifických postupů a úpravou podmínek. Tyto úpravy mohou zefektivnit proces spolupráce a mohou i dále posilovat soběstačnost a samostatnost klientů.

V literatuře jsou uváděny i další zásady, z nichž některé jsou typické právě pro práci s dospělými osobami (Mužík, 2004):

10. Zásada orientace na praxi

To, co se klient učí, musí být přímo využitelné v běžném životě. Musí chápat, co je cílem spolupráce a jak nově naučené využije. Proto musí spolupráce maximálně zohledňovat představy a zkušenosti osob.

11. Zásada aktuálnosti

Učební materiál musí odpovídat aktuálním, reálným potřebám osoby.

12. Zásada individuálního přístupu

Požadavek na respektování individuálních charakteristik a zvláštností osob je tradičně uplatňován ve výuce dětí se speciálními potřebami, je však nutné ho aplikovat i při práci s dospělými, zejména pokud lze předpokládat snížené schopnosti v některých oblastech, které přímo souvisí s možnostmi naučit se. Tento princip by se měl uplatňovat i při práci se skupinou.

13. Zásada permanentní zpětné vazby

Pokud osoba má získat nové dovednosti nebo znalosti, potřebuje být zpětně informována o tom, jaký podala výkon; kromě posílení správného vykonávání naučeného, lze zpětnou vazbou i eliminovat nesprávné vykonávání činnosti nebo fixování nesprávné informace.

Výukové metody

Výukové metody jsou postupy, kterými učitel, terapeut, lektor záměrně formuje dovednosti nebo návyky a předává poznatky účastníkům takovým způsobem, aby bylo dosaženo cílů výuky, tj. aby si osvojili výukový materiál (Mužík, 2004; Skalková, 2007).

Vhodně zvolené metody mají přímý vliv na efektivitu výukového procesu, proto je nutné v průběhu vyučovacího procesu uplatňovat přiměřené výukové metody, a to v různých kombinacích s ohledem na charakteristiky učících se subjektů i na charakteristiky výukového materiálu.

Valenta a Krejčířová (1997) rozlišují metody motivační, které mají podpořit zájem osob o obsah výuky, metody expoziční, které osobám zprostředkovávají učivo a metody fixační zaměřené na opakování a procvičování učiva.

Motivační metody jsou využívány v celém výukovém procesu, a to jak ve fázi úvodní, tak v průběhu setkání. Úvodní motivační metody jsou využívány před tím, než jsou exponovány nové informace. V této fázi je užitečné připomenout celkový cíl výuky, ale také poukázat na cíl aktuálního setkání prostřednictvím navázání na předchozí poznatky a zejména na životní zkušenost osob. Cílem úvodní fáze je mimo jiné i upoutání pozornosti a zaměření na cíle výuky, dochází tak k soustředění a zklidnění osoby nebo skupiny. V průběhu práce jsou motivační metody využívány, když zájem osob začíná klesat. Ve výuce jsou využívány jednak orientační otázky, které však motivaci však zvyšují jen krátkodobě, jednak lze pro osoby aktualizovat výukový materiál takovými obsahovými prvky, které mají bezprostřední vztah k zájmům a zkušenostem osob, demonstrovat ho v praktických ukázkách nebo uvádět příklady z běžného života či praxe.

Expoziční metody jsou užívány v průběhu celého výukového procesu. Obsah učiva je osobám zprostředkováván buď přímo, nebo zprostředkovaně.

Metody přímého přenosu poznatků jsou založené na předávání informací v podobě, jak je pojal a didaktizoval sám profesionál (terapeut nebo lektor). Jedná se o metodu verbální: vyprávění, popis a vysvětlování. Vyprávění v sobě, oproti popisu, zahrnuje emoční efekt. Vysvětlování je z uvedených metod nejnáročnější na analyticko-syntetickou činnost a abstrakci, protože její podmínkou je průkaznost a dokázání jevů. Tyto metody jsou především monologické, a tak je účinnější kombinovat je s dalšími metodami, protože samostatně bývají pro osoby s kognitivními poruchami dlouhodobě neúnosné.

Efektivnější je využívání nebo alespoň kombinace uvedených metod s tzv. metodami zprostředkovaného přenosu poznatků. Ty naopak zprostředkovávají poznatky přes vlastní úsudek osoby, vyžadují tedy její aktivitu. První podskupinu těchto metod tvoří metody demonstrační, které jsou vždy realizovány ve dvou stupních: První z nich je založen na záměrném, plánovaném a cíleném vnímání, pozorování jevu nebo realizace dovednosti, a to podle návodu nebo instrukcí lektora nebo terapeuta. Ve druhém stupni je vnímaný materiál osobami zpracováván a jsou fixovány podstatné informace. Při této metodě bývají využívány

didaktické pomůcky v podobě audiovizuálních záznamů, obrázků, fotografií, ale i reálných objektů (např. elektrospotřebičů). Zvláštní formou demonstrace je exkurze, kdy jsou osobám předkládány skutečné jevy v přirozeném prostředí.

Druhou skupinu metod tvoří metody dramatické. Ve výuce osob jsou využívány nejen různé typy her, v nichž se subjekty kromě jiného učí dodržovat pravidla, ale také metody inscenační, v nichž dochází k přehrávání a projekci sociálních rolí a situací, a tak umožňují naučit se zvládat různé životní okolnosti. Dále jsou využívány metody simulační, kdy si osoba realizuje určitý fragment učené dovednosti nebo řeší problém (Skalková, 2007). Tyto metody jsou obvykle využívány i při nácviku sociálních dovedností a jsou založeny na bezprostřední nebo odložené nápodobě.

Skupina heuristických (problémových) metod je postavena na iniciativě osob a na aplikaci induktivních, deduktivních a analytických postupů myšlení. Přestože by se mohlo zdát, že tyto metody nejsou pro skupinu osoby s kognitivním deficitem nevyužitelné, lze je za správného přístupu terapeuta uplatnit. Do této podskupiny patří Sokratovská metoda, kde se profesionál snaží přimět osobu k vyřešení problému, k novému pohledu, objevu pomocí otázek. Vzhledem k tomu, že na osobu je vytvářen poměrně velký tlak, bývá spojena s rychlou únavou. Je tedy opět efektivnější kombinovat ji s jinými metodami (např. relaxačními). Další metoda, projekt, je také náročná - a to nejen na vlastní myšlení osoby, ale i na její organizační schopnosti, protože bývá většinou realizována skupinově. V některých případech není schopnost osoby spolupracovat s ostatními dostatečně rozvinuta. V takovém případě je nutné schopnost spolupracovat rozvíjet nejprve za podpory profesionála a s bezprostřední zpětnou vazbou. Nově se využívá i metody brainstormingu, kdy osoby produkují různé varianty řešení problémů (Skalková, 2007). Poslední skupinu tvoří veškeré postupy založené na zapojení osob prostřednictvím samostatné práce.

Fixační metody by měly vést k upevnění učebního materiálu. Jedná se o metody, v kterých jsou buď opakovány vědomosti, nebo nacvičovány dovednosti. Metody opakování vědomostí jsou realizovány formou orientačních otázek během nebo po expozici učiva. Nejběžnější metodou je metoda otázek a odpovědí, který se využívá v mnoha různých formách, včetně metod hrových. Dále se používá metody souvislého verbálního projevu osob, v jehož rámci osoba nejen fixuje učivo, ale navíc zlepšuje své komunikační a prezentační dovednosti. Učivo je upevňováno i demonstrací, aktivitami spojenými s hraním a výměnou rolí nebo domácími úkoly.

Při metodách nácviku dovedností je nutné věnovat zvýšenou pozornost počátečním fázím nácviku, během kterých se snáze fixují chyby v provádění dovednosti. Zvládnutí dovednosti je závislé na počtu opakování, rychlost nácviku by měla odpovídat schopnostem

osoby. Je efektivnější nácvik provádět nejprve pomalu a zrychlovat až postupně s přibývajícimi dovednostmi. Složitější dovednost je efektivnější nejprve rozdělit na několik různých činností nebo začít nacvičovat činnost v méně složité podobě. Nácvik (trénink) obvykle probíhá v několika fázích: Na počátku je osoba verbálně nebo prostřednictvím demonstrací informována o správné podobě plnění činnosti. V úvodních fázích nacvičování je kladen důraz na realizaci správného postupu, osoba se musí vyvarovat chyb, které by se později obtížněji odstraňovaly. V následném nácviku je stále samostatnější aktivita doplňována a korigována podněty a instrukcemi profesionála. Postupně tak dochází k automatizaci výkonu. Do této podskupiny spadá i metoda učení nápodobou, která je vhodná zejména pro osoby s těžším omezením kognitivních schopností.

4. PÉČE O OSOBY SE SCHIZOFRENIÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Více či méně specializovaná péče o osoby s duševní poruchou má dlouhou tradici. První zmínky zájmu o osoby s duševními chorobami a poruchami lze nalézt již ve starověku, zejména v Egyptě a Řecku. První nediferencovaná zařízení, tzv. hospitaly, však začaly vznikat v Evropě až ve středověku (v 5. století), a to při klášterech jednotlivých církví. Na našem území byly hospitaly zakládány od 10. století (Marková a kol., 2006). Byly sice stále nediferencované a osoby s duševní poruchou do nich byly přijímány jen výjimečně a nebyly zde léčeny, ale byly alespoň pobytem v hospicu chráněny před negativními reakcemi veřejnosti. Období renesance je stále ještě obdobím separace osob s duševní poruchou od společnosti. Tito lidé jsou vykazováni mimo města nebo izolováni v odlehlých domech nebo celách. V této době také přechází povinnost péče o potřebné osoby z klášterních špitálů do správy měst. Začínají tedy se zřizovat azyly pro osoby duševně choré, v nichž je péče stále realizována izolací ve sklepních místnostech. V neděli a o svátcích byly tyto osoby v železných klecích umístěny na náměstích a sloužily k pobavení a obveselení spoluobčanů (např. v Brně až do roku 1770).

Počátek systematické péče o osoby s duševní poruchou lze v Čechách, podobně jako v dalších zemích Evropy vystopovat až ve 2. polovině 18. století. Řád milosrdných bratří začal zřizovat při svých nemocnicích samostatná oddělení nebo pokoje pro ošetřování duševně chorých. Nemocní jsou však stále běžně zneužíváni jako levná pracovní síla a drženi ve špatných podmínkách.

Obrat nastává po Velké francouzské revoluci, kdy Filip Pinel (otec moderní psychiatrie) v roce 1799 prosazuje reformu v péči o duševně choré a vyvádí nemocné z hlubokých kobek zpět na svobodu. Podobně i v Čechách přicházejí změny společně s velkými osobnostmi, prvními českými lékaři – psychiatry, a to až v polovině 19. století. Klíčovou postavou, která se zasloužila o rozvoj psychiatrie v Praze, byl J. T. Held, který v ústavu pro choromyslné u sv. Kateřiny zřídil pro pacienty knihovnu, hudebnu, zavedl léčbu prací a tělesná cvičení a při práci s nimi kladl důraz na trpělivost a vlídnost. Heldův žák, J. Riedel pak při práci s pacienty využíval prvky muzikoterapie, arteterapie, ale také hydroterapii a léčebný tělocvik.

Na konci 19. století začala vznikat Zemské ústavy pro choromyslné, z nichž převážná většina působí v podobě psychiatrických léčeben dosud: V roce 1863 byl v Černovicích u Brna vybudován samostatný ústav pro duševně choré (kapacita 350 lůžek) a roku 1881 byl založen ústav v Dobřanech u Plzně (kapacitou 800 lůžek). Vzhledem k nedostatku míst v těchto zařízeních se začaly budovat další léčebny (Mášová, 2008): v Kosmonosích (1870), u sv. Apolináře v Praze, v Opařanech u Tábora (1887), v Horních Beřkovicích (1890),

Opavě (1889), ve Šternberku (1893) na Moravě, v Jihlavě (1902), v Praze Bohnicích (1906), v Kroměříži (1907) a v Havlíčkově Brodě (1934). Již této době, ve 30. letech 20. století, byla snaha zmírnit stigmatizaci osob s duševní poruchou a Zemské ústavy byly přejmenovány na Zemské léčebny pro duševně a nervově choré (Mášová, 2008).

Dvacáté století je krom jiného charakteristické nárůstem a rozvojem léčebných postupů a vyšetřovacích i výzkumných metod. V roce 1895 popsal Lange psychotropní vliv lithia, roku 1936 Cerletti a Bini objevují elektrošokovou léčbu, v roce 1947 se objevuje první moderní antidepresivum: imipramin. V druhé polovině 20. století se rozvíjí farmakoterapie a je také rozpoznán význam sociálního prostředí a genetických vlivů. Psychiatrická praxe se přestává orientovat na stacionární léčbu. Období po 2. světové válce se vyznačuje intenzivním rozvojem ambulantní psychiatrické péče. V Čechách bylo zřízeno kolem 200 ambulantních středisek. Ve druhé polovině 20. století vznikají další typy mimonemocničních zařízení: denní kliniky, stacionáře, chráněné dílny a bydlení, socioterapeutické kluby, krizová centra a linky důvěry (Bouček, 2002). Po roce 1989 tak dochází i na území Čech k rozvoji psychiatrické péče jednak v oblasti akutní psychiatrické pomoci, jednak v oblasti doléčování a rehabilitace osob se schizofrenií.

Černoušek (1994) shrnuje vývoj péče o osoby s duševní poruchou a definuje pět mezníků, které změnilы pohled na osoby s duševní poruchou:

- Renesanční, racionalizovaný výklad šílenství v protikladu k předchozí démonologické koncepci duševní nemoci jako důsledku hříchu nebo posedlosti zlými duchy.
- Vznik azylů, předchůdců prvních psychiatrických léčeben na konci 18. století, kdy se z všeobecných špitálů vydělují první specializované ústavy pro léčení chorých duchem.
- Vznik psychoanalýzy na přelomu 19. a 20. století přináší pohled na duševní chorobu jako na patologický výsledek konfliktu duševních sil. Je to období vzniku systematické psychoterapie.
- Vznik hnutí mentální hygieny v první čtvrtině 20. století, kdy se psychiatrie otevírá společnosti a jsou formulovány pozitivní poznatky o tom, jak uchovat duševní zdraví a jak se bránit psychické dezintegraci.
- Objevení skutečně účinných psychotropních látek po druhé světové válce (zejm. objev chlorpromazinu a jeho uvedení do klinické praxe v roce 1952).

Zejména vývoj účinných psychofarmak umožňující zredukovat využívání restriktivních opatření a snížit počet dlouhodobě hospitalizovaných osob a společenská situace zdůrazňující uplatňování lidských práv pak v České republice po roce 1989 vede

k rozvoji extramurální péče v oblasti zdravotní i sociální a snahám po společenském a pracovním uplatnění osob s duševní poruchou. Nejen na poli zdravotnické péče, ale i na poli sociálním jsou zejména neziskovými organizacemi rozvíjeny alternativní programy podpory osob umožňující integraci do společnosti. Poslední desetiletí 20. století by tak mohlo být šestým mezníkem, který otevírá nové cesty osobám s duševní poruchou.

Současným trendem je poskytnout osobám s vážnou duševní poruchou kontinuální, dlouhodobou a komplexní péči, která by propojovala působení na osoby v oblasti biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační (Koncepte oboru psychiatrie, 2001; Vachková, 2008 ad.). Kromě farmakologického působení je kladen důraz i na psychosociální intervence a programy. Cílem je maximální podpora schopností a dovedností člověka (a pokud je to možné i jeho přirozeného okolí, zejm. rodiny) tak, aby osoba byla schopna co nejsamostatněji fungovat v běžném životě a aby dosáhla subjektivně uspokojivého života. Nemocniční a návazná mimonemocniční péče, zdravotní a sociální péče se musí vzájemně prolínat a doplňovat (Koncepte oboru psychiatrie, 2001). Takový přístup není v psychiatrii žádnou novinkou, tendence k podpoře extramurální péče se objevují od konce 30. let 20. století (Mášová, 2008). Dnešní tzv. komunitní péče podporuje osoby v životě v přirozeném prostředí, v komunitě, snižuje dopady duševní poruchy, v obnovování sociálních dovedností prostřednictvím široké, individuálně přizpůsobované sítě služeb. Z materiálu Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze. Podkladový materiál pro Zdravotní výbor Zastupitelstva Hlavního města Prahy (2003; tzv. Pražská koncepte psychiatrie) vyplývají základní principy sítě komunitních služeb pro osoby s duševní poruchou:

- Celodenní dostupnost základní pomoci (24h/den) v podobě krizové intervence schopné flexibilně reagovat na náhlé situace přímo v místě vzniku.
- Snadná dostupnost služeb ve smyslu fyzickém (dopravní obslužnost, architektonické bariéry) i psychologickém (zejm. stigmatizace).
- Informovanost o službách, jejich charakteru a podmínkách, a to ve formě srozumitelné cílové skupině osob. Informování musí být i odborníci.
- Spolupráce mezi službami, tak aby byla zajištěna péče, která by maximálně odpovídala potřebám konkrétních osob.
- Návaznost péče zajišťující kontinuitu.
- Multidisciplinární spolupráce.
- Aktivizace osoby, důraz na její spoluúčast, na akceptaci jejích rozhodnutí.

- Individuální přístup ke každé osobě umožňující najít adekvátní formu a míru podpory. Nejen respekt ke specifikům problémů a potřeb určitých skupin osob, ale zároveň i ke každé osobě v její specifické sociální a životní situaci.
- Diskrétnost a ochrana osobních údajů.

Síť komunitních služeb, aby mohla naplňovat potřeby různých osob, by měla podle Koncepce oboru psychiatrie (2001) a Pražské koncepce psychiatrie (2003) rámcově obsahovat tyto prvky:

1. Krizové služby a domácí léčení (krizová telefonní linka, krizové centrum s krizovými lůžky, terénní mobilní krizový tým).
2. Denní stacionáře a denní centra
3. Podpora v oblasti bydlení (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení)
4. Podpora v oblasti práce (chráněné dílny a místa, podpora zaměstnávání na otevřeném trhu práce, sociální firmy)
5. Svépomocné aktivity (skupiny, poradenství z pozice uživatele)

Konkrétní služby jsou uvedeny ve schématu 4, které bylo vypracováno v rámci Pražské koncepce psychiatrie v roce 2003. Vychází ze služeb, které byly v té době poskytovány osobám s duševní poruchou státními i nestátními subjekty zejména v Praze nebo v zahraničí. Služby jsou děleny na zdravotní, zdravotně sociální, sociální a ostatní. Většina služeb je zahrnuta do oblasti zdravotní nebo zdravotně sociální. To je v rozporu se současným pojetím služeb, které nabízí zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ve schématu jsou do oblasti sociálních služeb zahrnuty jen specializované ústavy sociální péče (dnes domovy se zvláštním režimem) a sociální firmy a družstva, která dnes nespádají ani do oblasti sociálních služeb, ani do oblasti služeb zaměstnanosti.

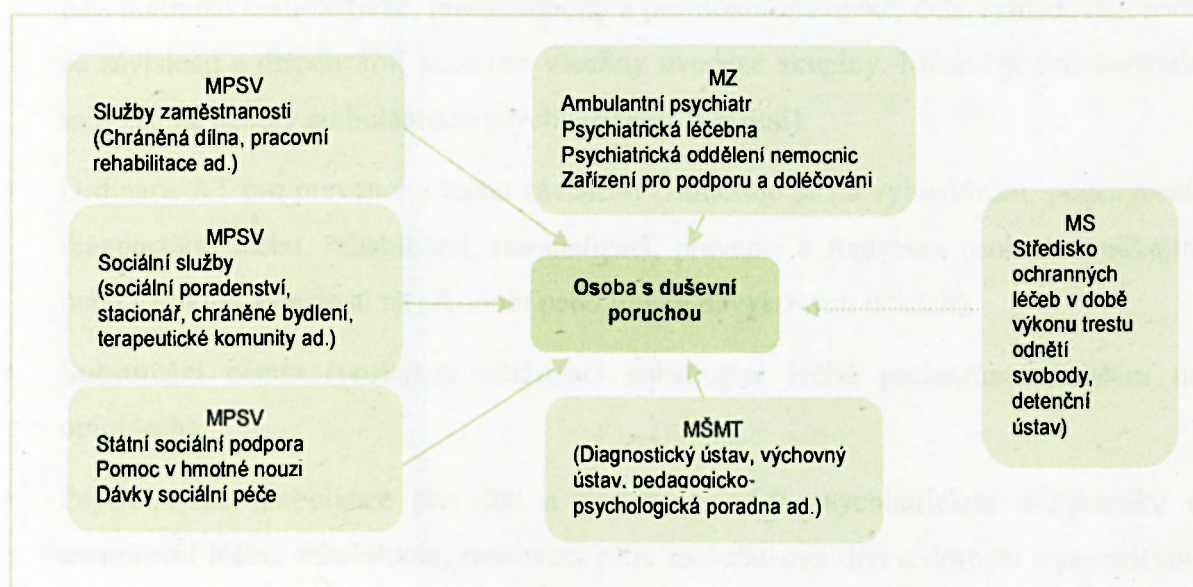
Schéma 4 – Přehled služeb pro osoby s duševní poruchou (podle materiálu Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze. Podkladový materiál pro Zdravotní výbor Zastupitelstva Hlavního města Prahy, 2003, s. 9)



Z uvedeného důvodu budou následující kapitoly věnovány popisu specializovaných služeb a zařízení, v kterých je poskytována péče osobám s duševní poruchou, a to podle resortů, kam služby v současné době spadají (viz schéma 5). Jedná se zejména o resorty

Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Síť psychiatrických zařízení v resortu zdravotnictví tvoří ambulantní, intermediární a lůžková péče (Koncepce oboru psychiatrie, 2001). Kromě zdravotnických služeb jsou poskytovány sociální služby ambulantního nebo pobytového charakteru a služby zaměstnanosti, které spadají do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí. Je tak do jisté míry respektována poptávka po rozmanité péči a vytvoření systému na sebe navazujících subjektů (služeb), které budou podle aktuálních potřeb konkrétní osoby plnit specifickou funkci. Podporu mohou poskytovat ještě některé subjekty Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, v resortu Ministerstva vnitra. Řada těchto služeb a zařízení je spíše restriktivního charakteru, budou tedy zmíněny jen okrajově.

Schéma 5 – Služby a péče poskytovaná osobám s duševní poruchou podle resortů



Závěrečná podkapitola se bude zabývat podporou osob s chronickou duševní poruchou. Služby jsou této specifické skupině poskytovány převážně ve zdravotnických zařízeních (psychiatrických léčebnách, v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a v psychiatrických ambulancích). Jiné typy podpory, zvláště pak ty, které jsou orientované na readaptaci osob na běžné životní podmínky, jsou pro tyto osoby prozatím rozvinuty jen minimálně (Koncepce oboru psychiatrie, 2001).

4.1 Zdravotnická péče poskytovaná osobám se schizofrenií

Zdravotnická péče je osobám s psychickou poruchou poskytována v ambulantní nebo lůžkové formě. Nebudou podrobněji zmíněna lázeňská zařízení, jejichž úkolem je jednak doléčování duševních poruch, jednak péče ke zvýšení psychického zdraví a odolnosti.

Pokud nebude uvedeno jinak, jsou informace čerpány z Koncepce oboru psychiatrie (2001).

Ambulantní psychiatrická péče

Ambulantní péče je osobám s duševní poruchou poskytována zejména v psychiatrických ambulancích. Zde je prováděna prvotní diagnostika, léčba, rehabilitace, posuzování a prevence duševních poruch. V indikovaných případech odesílá ambulantní psychiatr nemocné do lůžkového nebo intermediárního zařízení. Ambulantně jsou provozována ještě tato specializovaná psychiatrická zařízení:

- Ambulance veřejné psychiatrické péče (úkolem je zejm. péče o osoby pro léčbu nedostatečně motivované, o osoby sociálně selhávající, o osoby v ochranné léčbě, tj. psychiatrické sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické; dále vyhledávání osob se závislostí a dispenzární péče pro všechny uvedené skupiny. Může být provozována samostatně nebo v ambulantním psychiatrickém zařízení).
- Ordinance AT pro prevenci a léčbu závislostí (zaměřuje se na vyhledávání, podchycení, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, resocializaci, prevenci a registraci osob se vznikající nebo vzniklou závislostí na alkoholu nebo jiných návykových látkách).
- Substituční centra (poskytují udržovací substituční léčbu pacientům závislým na opioidech).
- Psychiatrická ambulance pro děti a dorost (provádí psychiatrickou diagnostiku a komplexní léčbu, rehabilitaci, reedukaci příp. resocializaci dětí a dorostu s psychickou poruchou).
- Ambulance psychiatrické sexuologie (zabývá se diagnostikou, terapií, posuzování a prevencí sexuálních poruch a ochranným ambulantním sexuologickým psychiatrickým léčením).
- Ambulance pro poruchy příjmu potravy (zajišťuje systematickou léčbu u osob s poruchami příjmu potravy; zabezpečuje bezprostřední psychiatrickou a psychologickou pomoc při náhle vzniklých dekompenzacích stavu pacientů).
- Ambulance klinického psychologa (provádí psychologickou diagnostiku a v indikovaných případech psychoterapeutické léčení osob s psychickými poruchami. Ambulance je samostatná nebo je součástí jiného vyššího zdravotnického zařízení, většinou psychiatrického).

Lůžková psychiatrická péče

Lůžková psychiatrická péče je poskytována v psychiatrických léčebnách a v psychiatrických odděleních nemocnic. V poslední době je vytvářen tlak na snížení počtu lůžek v těchto zařízeních, ale to je možno uskutečnit pouze v návaznosti na rozvoj ambulantních a intermediárních služeb a služeb sociálních. Péče o akutní psychiatrické poruchy by se pak mohla také přesouvat z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení nemocnic. Mimochodem, Mášová (2008) dokládá, že odborná diskuse o tom, zda je výhodnější zřizovat samostatné psychiatrické léčebny nebo raději provozovat psychiatrická oddělení při nemocnicích, se v Čechách objevuje již od 20. let 20. století.

Psychiatrická oddělení

Psychiatrická oddělení nemocnic jsou určena pro krátkodobou (definované 50-ti dny hospitalizace) a většinou dobrovolnou hospitalizaci osob v akutní fázi psychické poruchy nebo s akutní dekompenzací poruchy chronické. Na těchto odděleních je prováděna diagnostika, terapie, rehabilitace a posuzování psychických poruch. Obvykle jsou součástí nemocnic, ale mohou být i samostatnými zařízeními. Musí mít celodenně zajištěnou konziliární službu, laboratorní a další pomocná vyšetření. Mohou zřídit jednotku intenzivní psychiatrické péče. Některá oddělení mají specializované pracoviště pro děti a mladistvé, psychogeriatrické oddělení, oddělení pro poruchy paměti, případně další specializovaná pracoviště. Psychiatrická oddělení bývají zřizována pro oblast s minimálně 100 tisíci obyvateli, což odpovídá dostupnosti do cca 40 km. Psychiatrická oddělení mohou být zřizována pro více okresů. Psychiatrická lůžka pro vybrané akutní pacienty mohou vznikat i při denních stacionářích anebo při krizových centrech.

Speciálním typem psychiatrických oddělení jsou psychiatrická oddělení fakultních nemocnic. Mají statut kliniky, která je součástí lékařské fakulty. Poskytují kromě zdravotnických služeb i výuku vysokoškolským studentům a výchovu postgraduální a zabývají se výzkumnou činností. Slouží i jako superkonziliární služby a poskytují psychiatrickou péči ve zvláště složitých případech. Existují i oborová výzkumná zařízení, jejichž hlavní náplní činnosti je výzkumná práce v oblasti psychiatrie a v oborech příbuzných. K jejich činnosti může sloužit i omezená lůžková a ambulantní kapacita.

Psychiatrické léčebny

Úkolem psychiatrických léčeben je dlouhodobá léčba a rehabilitace osob s psychickou poruchou ve všech věkových kategoriích. Zároveň prozatím nahrazují i akutní psychiatrickou péči, která by v budoucnu měla být poskytována psychiatrickými odděleními nemocnic v regionech, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou zřízena nebo kde nemají

odpovídající lůžkovou kapacitu. Pro tuto péči jsou vyčleněna zvláštní lůžka, pro něž platí normativy, určené pro psychiatrická oddělení nemocnic. Psychiatrické léčebny přijímají převážně nemocné ze svého spádového území, vč. těch, kteří jsou přijímáni bez svého souhlasu. Vytvářejí podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení typu pracovišť příjmových, doléčovacích, rehabilitačních, psychoterapeutických, psychogeriatrických, pro léčbu závislostí, dětských a adolescentních, pro ochranné léčení, sexuologických, somatických aj. Psychiatrické léčebny hospitalizují také z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové účely. V psychiatrických léčebnách se také uskutečňuje ústavní ochranné léčení. Kromě psychiatrických léčeben se všeobecným zaměřením existují i psychiatrické léčebny specializované na psychické poruchy u dětí a mladistvých nebo na osoby se závislostmi na alkoholu a jiných návykových látkách.

Přestože v současné době přebývají v psychiatrických léčebnách i osoby, jejichž zdravotní stav nevyžaduje stálý psychiatrický dohled (v praxi bývá tento stav popisován jako „hospitalizace ze sociálních důvodů“), je nutné si uvědomit, že ústavní péče je provázena řadou rizik a komplikací (Marková a kol., 2006):

- život v psychiatrické léčebně se neshoduje s běžným, reálným životem,
- nejsou zohledněny individuální potřeby a zájmy osob,
- osoba nemůže ovlivňovat léčbu, musí se přizpůsobovat pravidlům instituce,
- nejsou vytvořeny podmínky pro udržování a rozvíjení sociálních dovedností pacientů, kteří jsou hospitalizováni dlouhodobě,
- chybí provázanost s ostatními existujícími zdravotními a sociálními službami, které by na hospitalizaci navazovaly (následná péče, podpora samostatného bydlení, pečovatelská služba, komunitní zdravotní sestra ad.)
- k symptomům spojených s poruchou se může přidávat řada symptomů, které jsou projevem hospitalismu.

Zařízení pro podporu a doléčování

Tato zařízení a služby jsou zřizovány uvnitř psychiatrických institucí, ve spojení s psychiatrickými lůžkovými nebo ambulantními provozy, nebo samostatně, zejm. nestátními neziskovými organizacemi (Bouček, 2002).

Krizová centra¹²

Krizová centra v ČR začala vznikat až po roce 1989. Prvním z nich bylo Krizové centrum při brněnské Psychiatrické klinice v listopadu 1989, jehož cílem bylo poskytovat neodkladnou psychiatricko-psychologickou pomoc ambulantním i stacionárním způsobem (Bouček, 2002). Další krizová centra vznikala postupně v dalších velkých městech – v Praze (Psychiatrické léčebna, RIAPS, Most), Ostravě, Ústí nad Labem nebo Liberci.

Krizová centra jsou zařízeními prvního kontaktu, bývají volně přístupná. Jejich úkolem je psychoterapeutická nebo i psychiatrická pomoc osobám, které se ocitly v těžké životní situaci. V tomto rámci jsou poskytovány i služby osobám s psychickou poruchou, u nichž lze předpokládat, že se pomocí krátkodobé intervence vyhnou hospitalizaci v lůžkovém zařízení (Koncepce oboru psychiatrie, 2002). Krizové centrum tak může svou činností snižovat počet hospitalizací a omezovat tím konzumaci zdravotnických služeb. Krizová centra pracují většinou nepřetržitě. Jejich součástí může být malý počet lůžek, která slouží k několikadennímu pobytu (formálně se nejedná o lůžka nemocniční). Služby krizového centra zahrnují možnost telefonického nebo osobního kontaktu, případně krizovou intervenci formou výjezdu nebo návštěvy, krátkodobý pobyt na krizovém lůžku anebo krátkodobý pobyt v denním stacionáři.

Domácí péče a domácí léčba

Tyto služby jsou určeny osobám, které pobývají v domácím prostředí a potřebují pomoc a podporu (farmakoterapie, ošetrovatelská péče, podpůrná psychoterapie, práce s rodinou aj.). Může se uskutečnit samostatně, nebo návazně na hospitalizaci. Domácí péče je součástí činnosti kteréhokoli psychiatrického zařízení, může ale být vykonávána i v rámci agentury domácí péče.

4.2 Další podpora poskytovaná osobám se schizofrenií

Dospělým osobám se schizofrenií je poskytována celá řada podpůrných služeb a programů, které lze dělit podle životní (osobní) oblasti, jíž se týkají: bydlení, práce, vzdělávání, rekreace nebo sociální síť (Vachková, 2008). Služby v těchto oblastech poskytují různé subjekty, které svým obsahem a kompetencemi spadají do resortu Ministerstva práce a

¹² Pod tímto názvem jsou provozovány i sociální služby: krizová pomoc a telefonická krizová pomoc. Krizová pomoc však je v rámci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytována osobám ohroženým násilným chováním, nikoli a priority osobám s duševní poruchou. Podobné i služba telefonické krizové pomoci je službou poskytovanou osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, tedy nikoli a priority osobám s chronickým onemocněním.

sociálních věcí, Ministerstva vnitra a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Jedná se o sociální služby, poskytované podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jejichž společným znakem je snaha o sociální začlenění nebo prevence sociálního vyloučení a které s tímto cílem pokrývají spektrum podpory v oblasti zajištění základních potřeb osob (péče o vlastní osobu, poskytnutí stravy, pomoc se zajištěním chodu domácnosti, aktivizační činnosti ad.). Dále jsou osobám s duševní poruchou poskytovány služby podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, jejichž cílem je umožnit osobám, aby se zapojily do pracovních činností. Nakonec budou zmíněna některá zařízení, která vykonávají ochrannou nebo ústavní výchovu, nebo jsou zaměřena na podporu rodin osob s duševním onemocněním.

Vzhledem ke značné rozmanitosti služeb a podpory je realizována služba case managementu, jejímž cílem je právě koordinace intervencí a využívání různých typů zdravotnických a sociálních služeb a služeb zaměstnanost, což zároveň zvyšuje efektivitu konzumovaných služeb. Case manager poskytuje dlouhodobou pomoc a podporu obvykle prostřednictvím metody individuálního plánování a aktivně se podílí na realizaci a kontrole plánu. Case manager se tak stává důležitým prvkem v komunitní péči, sám však nemůže poskytnout komplexní podporu při vykonávání konkrétních činností nebo při nácviku (Tauber et al., 2000).

Sociální služby

Sociální služby mohou být poskytovány ve formě pobytové (se službou je spojeno i ubytování), ambulantně (osoby dochází do zařízení, ve kterém se poskytují služby) nebo terénně (v domácnosti osoby nebo v místech, které osoba určí). Zákon o sociálních službách ve své třetí části definuje některé sociální služby, které jsou poskytovány (krom jiných skupin osob) výslovně osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Do této skupiny patří zejména níže uvedené služby sociální péče a prevence.

Osobní asistence, pečovatelská služba

Obě služby se poskytují v přirozeném sociálním prostředí (pečovatelská služba i v zařízeních sociálních služeb) při činnostech, které osoba označí za potřebné. V rámci této služby je poskytována pomoc v domácnosti i v jiném prostředí. Může se jednat o podporu při zvládnání péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zajištění stravy, při zajištění chodu domácnosti, ale i o asistenci při aktivizačních činnostech nebo při obstarávání osobních záležitostí.

Podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení

Obě služby reagují na potřebu osob s těžší formou duševní poruchy žít v co nejpřirozenějším prostředí. Jsou zaměřeny na nácvik, udržení nebo zlepšení dovedností potřebných k samostatnému bydlení a přípravu osob na samostatný a soběstačný způsob života. Služby umožňují dlouhodobý pobyt mimo lůžkové psychiatrické zařízení nebo zařízení sociální péče, a to za individuálně přizpůsobené podpory a pomoci odborníků (podmínky nabídky určuje poskytovatel služby, personál může být k dispozici jak 24h denně, tak ve zcela minimální míře). Služba chráněného bydlení, která je poskytována v prostorách poskytovatele sociální služby, její součástí je tedy ubytování uživatele služby, může být poskytována individuálně nebo skupinově. Pokud se týká nabízených činností, pak se jedná zejména o podporu při zajištění chodu domácnosti, pomoc při zajištění stravy, aktivizační činnosti a podporu při osobních záležitostech. Oproti tomu služba podpory samostatného bydlení je poskytována v místě bydliště osoby (v rámci služby nejsou osobám poskytovány prostory k bydlení). Umožňuje tak osobám se schizofrenií bydlení ve stabilním prostředí, domově, nikoli v prostředí, které je dočasně uživateli propůjčeno. Dovednosti jsou tak nacvičovány přímo v prostředí, kde je uživatel potřebuje (Vachková, 2008).

V zahraničí i v České republice začínají být poskytovány v oblasti bydlení služby, které na sebe navazují ve smyslu snižování podpory ze strany poskytovatele sociální služby: chráněné skupinové bydlení s celodenní podporou a chráněné individuální bydlení s podporou podle potřeb uživatele, jehož cílem je kromě nácviku sociálních dovedností a podpora při vyřizování běžných záležitostí i hledání následného bydlení (Vachková, 2008). Služba podpory samostatného bydlení na službu chráněného bydlení může navazovat. Ne vždy se však daří poskytovanou podporu snižovat, někteří uživatelé úplné nezávislosti nedosáhnou a potřebují podporu stále.

Denní a týdenní stacionář, centrum denních služeb

Stacionář je tradiční formou podpory osobám s duševní poruchou. Jeho cílem bylo (zejména pokud byl součástí zdravotnických zařízení) a je poskytovat poměrně intenzivní (obvykle každodenní) léčebnou a rehabilitační podporu osobám, které ji vyžadují pravidelně, případně pokud se jedná o osoby, které potřebují více než jen ambulantní léčbu, avšak jejich stav ještě nevyžaduje hospitalizaci. V současné době je denní stacionář definován jako ambulantní sociální služba, v jejímž rámci jsou nabízeny činnosti spojené s pomocí při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací, aktivizační, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím ad. V rámci programu denního stacionáře mohou probíhat různé nácvikové a psychoedukační aktivity. Velmi podobnou sociální službou je centrum denních

služeb. Uvedené činnosti jsou v případě týdenního stacionáře, který je službou pobytovou, doplněny o ubytování. Denní stacionář může být součástí zdravotnického zařízení (léčebny, psychiatrické ambulance), může být kombinován se zařízením krizové intervence nebo může být samostatnou sociální službou. Pokud je součástí zdravotnického zařízení, je jeho cílem (kromě jiného) zkrátit, příp. zamezit hospitalizaci.

Domov se zvláštním režimem

Jedná se o zařízení, která existovala před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách pod názvem specializované ústavy sociální péče (osobám s duševní poruchou byla tato služba tradičně poskytována v ústavech v Krásné Lípě, Terezíně a Svojsčicích). V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány pobytové služby dvěma skupinám osob, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Jednak těm, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronické duševní poruchy nebo závislosti na návykových látkách, jednak osobám s Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění. Nejčastěji jsou v těchto zařízeních umístěny osoby, které již před pobytem využívaly jinou pobytovou službu nebo byly hospitalizovány v psychiatrické léčebně. Pobyt v těchto zařízeních je zpravidla kontraindikován pro osoby v akutní anebo exacerbující fázi psychické poruchy, kdy je nutné dát přednost nemocničnímu léčbě.

Režim v těchto zařízeních bývá přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob, někdy však až na úkor aktivizace jejich schopností a dovedností a na úkor možnosti zapojení uživatelů služby do běžného života komunity. V rámci služby je kromě ubytování a stravy poskytována podpora při osobní hygieně, při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu nebo při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Důraz by měl být kladen na sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a na pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí jednotlivých uživatelů služby.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (zejména psychiatrických léčebnách) mohou být dočasně poskytovány pobytové sociální služby osobám, které již sice nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a vzhledem k aktuálnímu nedostatku zabezpečení jejich potřeb osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo prostřednictvím pobytových, ambulantních nebo terénních sociálních služeb, nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče. V rámci této služby jsou poskytovány obdobné činnosti jako v domovech se zvláštním režimem.

Služby následné péče

Jedná se o terénní služby určené osobám, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují. Služba obsahuje zejména sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí uživatelů.

Terapeutické komunity

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby osobám, které mají zájem o návrat a začlenění do běžného života. Jedná se o intenzivní, většinou časově omezený, jasně strukturovaný pobyt ve skupině, v rámci kterého je osobám poskytnuta strava, ubytování, sociálně terapeutické činnosti nebo pomoc při obstarávání osobních záležitostí. Součástí bývají psychoedukační a pracovní rehabilitační činnosti.

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je soubor aktivit, které by měly směřovat k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob prostřednictvím rozvoje jejich specifických schopností a dovedností, posilování návyků a nácvikem výkonu každodenních, běžných činností. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních, ambulantních nebo pobytových služeb (v centrech sociálně rehabilitačních služeb). Služba zahrnuje nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k integraci do společnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Pokud je sociální rehabilitace poskytovaná formou pobytových služeb obsahuje navíc ještě poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně ad.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, o které je jinak pečováno v jejich domácím prostředí, a jejich rodinám nebo blízkým. Cílem je umožnit těmto pečujícím osobám odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti ad.

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám, které nejsou umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich cílem je dlouhodobá a pravidelná

podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Kromě této podpory je uživatelům služby nabízena i pomoc při osobní hygieně, strava nebo nácvik dovedností potřebných pro zvládnání péče o vlastní osobu.

Služby zaměstnanosti

Zařízení a programy pro podporu práce a zaměstnávání jsou zaměřeny na různou míru podpory při obnovování, udržování a zlepšování pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením je upraveno v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Lidem se zdravotním postižením, resp. se změnou pracovní schopností, je podle tohoto zákona poskytována zvýšená ochrana na trhu práce, je jim poskytována služba pracovní rehabilitace, příprava k práci a jsou pro ně zřizována chráněná pracovní místa a chráněné pracovní dílny. Služby jsou přizpůsobeny individuálním potřebám osob, které jsou na trhu práce znevýhodněny takovým způsobem, že vyžadují chráněné pracovní podmínky. Tyto služby jsou podle uvedeného zákona určeny osobám se zdravotním postižením, které jsou uznány plně nebo částečně invalidními nebo jsou označeny jako osoby zdravotně znevýhodněné¹³.

Kromě těchto služeb lze do oblasti zaměstnávání zařadit ještě několik pojmů z oblasti pracovní rehabilitace, jejichž význam a místo je v oblasti péče o osoby s postižením znovu-vyhledáván: přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání, rehabilitační dílna ad. Jedná se o služby, které byly poskytovány do doby, kdy vstoupil v platnost zákon o sociálních službách, zejména nestátními organizacemi, ale vzhledem k absenci těchto služeb v uvedeném zákoně, své místo teprve znovu hledají. Na závěr bude zmíněna ještě jedna varianta zaměstnávání osob s postižením, tzv. sociální firma.

Každá osoba může využít několika různých služeb nebo využívat služby opakovaně. Možnosti podpory osob se schizofrenií při získávání a udržování zaměstnávání by měly být široké, aby bylo možno poskytnout optimální řešení odpovídající individuálním potřebám osob. Pokud by průběh rehabilitace byl přímočarý, pak by mohl probíhat kupříkladu následovně (volně podle Vachkové, 2008): Osoba může využít pracovních terapeutických aktivit ještě v době hospitalizace v lůžkovém psychiatrickém zařízení. V tuto dobu jsou aktivity zaměřeny na aktivizaci osoby, udržení dovedností a zvýšení sebevědomí, nikoli na získání pracovního uplatnění mimo léčebnu. Po ukončení pobytu v léčebně je možno začít využívat program sociálně

¹³ Osobou zdravotně znevýhodněnou je podle zákona č. 435/2004 Sb. osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovním začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

terapeutických dílen (viz výše) nebo chráněné dílny. Často se jedná o nekvalifikovanou práci, která je využívána jako prostředek k rozvoji dovedností potřebných ve většině pracovních profesí (Vachková, 2008). Pokud má osoba zájem o umístění na otevřeném trhu práce, může využít i programů tzv. job klubů. Zde jsou využívány různé techniky skupinové práce, které zahrnují strategie potřebné k získání místa (návčik psaní životopisu, telefonování, přijímacích pohovorů ad.) a jejichž cílem je získání pracovního místa. Jinou možností je přechodné nebo podporované zaměstnávání na otevřeném trhu práce za podpory asistenta nebo sociálního pracovníka. Pokud není možné zaměstnání na otevřeném trhu práce je osobám s duševní poruchou umožněno získat zaměstnání v tzv. sociální firmě, tedy v malém, komunitně orientovaném podniku, kde si osoby mohou na různě dlouhou dobu vyzkoušet práci v běžném podnikatelském prostředí a v běžných profesích.

Pracovní rehabilitace

Jedná se o činnost definovanou zákonem o zaměstnanosti, jejímž cílem je získání a udržení vhodného zaměstnání. Je na žádost osoby zabezpečena úřadem práce ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky, úřad však může pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou organizací. Jejím podkladem je individuální plán pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Příprava k práci

Příprava k práci směřuje k zapracování osoby s postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání. Může probíhat za podpory asistenta, trvá nejdéle 24 měsíců. Příprava se provádí na pracovištích zaměstnavatele, která jsou individuálně přizpůsobena zdravotnímu osobě; může být prováděna v chráněných pracovních dílnách a na chráněných pracovních místech, zahrnuje i specializované rekvalifikační kurzy.

Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Na vytvoření chráněného pracovního místa může poskytnout úřad práce zaměstnavateli příspěvek, rovněž může poskytnout příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů. Příspěvek může být poskytnut i osobě se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost.

Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je zaměstnáno nejméně 60% zaměstnanců se zdravotním postižením. Na vytvoření chráněné pracovní dílny může úřad práce také poskytnout zaměstnavateli příspěvek. Práce a nácvik jsou prováděny ve skupině, kde účastníci jsou většinou placeni menšími částkami, než je minimální mzda (Vachková, 2008).

Přechodné zaměstnávání

Na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách jsou zařazováni na časově ohraničené období osoby se zdravotním postižením, a to za individuální dlouhodobé podpory sociálních pracovníků nebo asistentů. Tato podpora je navýšena do té míry, že pokud osoba selhává nebo do práce nedorazí, je zastoupena jinou osobou (klientem nebo pracovním terapeutem). Přechodné zaměstnávání se zaměřuje na získání všeobecných pracovních dovedností umístěním uživatelů na časově omezené pracovní místo s cílem zhodnotit schopnosti, dovednosti a pracovní návyky klienta, tj. zaměstnatelnost klienta na běžném nebo chráněném trhu práce. Dalším cílem je poskytnout klientovi do jisté míry korektivní zkušenost, která by byla úspěšná a případně by přerušila sérii opakovaných selhání v zaměstnání (Vachková, 2008).

Podporované zaměstnání

Vhodná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách jsou vyhledávána na základě úzkého kontaktu se zaměstnavateli. Zaměstnávání je poskytováno na dobu bez časového omezení a osobám je při něm poskytována prezenční nebo distanční formou sociálním pracovníkem nebo terapeutem.

Právě podporované zaměstnávání se ukazuje jako jedna z nejúspěšnějších rehabilitačních metod pro osoby s duševním onemocněním. V jeho rámci je poskytována pomoc a podpora při hledání a udržení (pokud možno) kompetitivní práce v běžných podmínkách (Wallace, Tauber, 2004; Mueser et al., 2005). V zahraničí je využívána řada specializovaných, vysoce strukturovaných programů (viz níže), které jsou realizovány prostřednictvím velmi rychlé intervence, kdy je práce nalezena a započata v co nejkratším možném termínu. Zároveň nejsou poskytovány žádné nebo jen minimální předchozí intervence (vyšetření a nácviky). Osoby si však v takto realizované intervenci udrží zaměstnání jen poměrně krátkou dobu, a to nejen z důvodu přetrvávajících symptomů a kognitivního deficitu, ale zejména kvůli sociálním problémům spojeným se zaměstnáním: spolupráce s pracovníky, jednání se zákazníky, reagování na negativní výtky vedoucích atp. (Mueser et al., 2005). Proto se novější programy zaměřují i na podporu zisku a udržení sociálních dovedností.

Sociální firma

Sociální firma neaspiruje na zařazení v kategorii sociálních služeb, ani služeb zaměstnanosti. Jedná se o samostatné, konkurenceschopné provozy nebo podniky, jejichž cílem je integrovat osoby znevýhodněné na trhu práce do běžného tržního prostředí (obvykle ve sféře služeb). Osobám s postižením je poskytována přiměřená pracovní a psychosociální podpora (Sociální firma - výzva v podnikání 21. století, 2007).

V příručce Sociální firma - výzva v podnikání 21. století (2007, s. 15) jsou obsažena základní kritéria, na základě kterých lze definovat sociální firmu:

- 1) sociální firma je vytvořena za účelem zaměstnávání lidí s postižením nebo jinak znevýhodněných na trhu práce,
- 2) jedná se o podnikatelský subjekt, který užívá vlastní tržně orientované výroby zboží a služeb k naplňování svých sociálních cílů,
- 3) podstatný počet zaměstnanců jsou lidé s postižením nebo jiným znevýhodněním na trhu práce,
- 4) každý zaměstnanec dostává tržní mzdu nebo plat odpovídající jeho práci, a to bez ohledu na produktivitu práce,
- 5) pracovní podmínky by měly být rovné mezi znevýhodněnými a „neznevýhodněnými“ zaměstnanci. Všichni zaměstnanci by měli mít stejná práva a povinnosti.

Zařízení mimo resort MZ a MPSV

Dalšími zařízeními, kde mohou být umístěny osoby s duševní poruchou nebo kde jsou jim poskytovány podpůrné služby, jsou některá zařízení zřizovaná v rámci resortu Ministerstva spravedlnosti a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Jedná se o detenční ústavy, které jsou určeny pro společensky nebezpečné osoby v dlouhodobé ústavní ochranné léčbě, které nejsou schopny dodržovat léčebný režim nebo sabotují léčbu. Ústav disponuje až sto lůžky a spadá do resortu Ministerstva spravedlnosti, ev. i zdravotnictví (Koncepce oboru psychiatrie, 2001). Dále existují střediska ochranných léčeb v době výkonu trestu odnětí svobody, která jsou zařízeními zdravotní správy vězeňské služby Ministerstva spravedlnosti, kde se již během výkonu trestu odnětí svobody provádí ochranné sexuologické, protialkoholní nebo protitoxikomanické léčení.

Osoby, resp. mladiství a mladí dospělí do 26 let mohou být umístěni v diagnostických a výchovných ústavech; dospělým osobám může být poskytována podpora ve vzdělávání, výchově a vztahových záležitostech v pedagogicko-psychologických poradnách a poradnách pro rodinu a

mezilidské vztahy. Poslední uvedená zařízení jsou zřizována v rámci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

4.3 Péče o osoby s chronickým duševním onemocněním

Chronické duševní onemocnění, jehož průběh je charakterizován dlouhodobě se opakujícími relapsy a remisemi nebo defektem osobnosti, narušuje veškeré oblasti lidského života, zdraví, lidskou důstojnost a spokojenost nejen samotných osob s duševní poruchou, ale i jejich rodin a nejbližšího okolí. Skupina osob s chronickým duševním onemocněním tvoří až 40% klientely psychiatrických léčeben a zároveň tvoří velký podíl klientely opakovaných a dlouhodobých hospitalizací; do této skupiny jsou řazeny některé osoby s chronickými psychózami, osoby s mentální retardací, které trpí přidruženou duševní poruchou, osoby s demencemi, osoby trpící vážnějšími neurotickými poruchami nebo poruchami osobnosti (Konceptce oboru psychiatrie, 2001). Tuto skupinu lze charakterizovat sníženou odolností vůči stresovým situacím a vysokou mírou selhávání v běžných životních aktivitách. Osobám této skupiny často chybí náhled na vlastní onemocnění, a tak samy nevyhledávají zdravotní ani psychosociální pomoc a to, ani když jsou v akutním stavu poruchy (Konceptce oboru psychiatrie, 2001). Zdravotnická péče o tyto pacienty je realizována zejm. v psychiatrických léčebnách, v psychiatrických odděleních nemocnic a v psychiatrických ambulancích; jiné druhy služeb (zejména služby sociální a služby zaměstnanosti) jsou zatím rozvinuty minimálně a v některých regionech vůbec ne (Konceptce oboru psychiatrie, 2001).

Pro skutečnost, že jsou ve zdravotnických zařízeních (zejm. psychiatrických léčebnách) umístěni lidé z jiných než zdravotních důvodů (osoby, které se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít bez pomoci druhé osoby) je užíván termín sociální hospitalizace¹⁴. Její podmínkou je nejen snížená schopnost péče o sebe a o domácnost, ale zároveň i nemožnost poskytnutí adekvátní sociální služby z kapacitních důvodů nebo jiných důvodů uvedených v zákoně o sociálních službách.

Některé specifické požadavky na péči o osoby s chronickým duševním onemocněním jsou uvedené v Konceptci oboru psychiatrie (2001). Vzhledem k tomu, že nejsou známy efektivní způsoby primární prevence, na významu nabývá sekundární a terciární prevence zaměřená na snižování negativního průběhu nemoci a jeho sociálních dopadů. Komplexní péče by měla být uspořádána tak, aby docházelo k co nejmenší míře ztráty kontaktu osoby s běžným prostředím. Mělo by tedy docházet k posilování těch zdravotních a sociálních služeb, které v systému dosud chyběly, nebo byl jejich počet nedostatečný. Péče musí mít kontinuální charakter a musí být

¹⁴ Podrobně se problematice sociální hospitalizace věnuje D. Bruthansová (viz např. Bruthansová a kol., 2000).

v závislosti na specifických potřebách osob poskytována různými odborníky, kteří v zájmu osoby spolupracují. To předpokládá návaznost a koordinovanost různých typů pomoci a podpory, a to i pro ty osoby, které nejsou schopny samy si zajistit adekvátní pomoc a které podstupují riziko zhoršení zdravotního stavu a výrazné sociální nouze. Tyto formy pomoci by měly být vždy přizpůsobeny aktuálním potřebám a v případě, kdy je potřeba rozhodnout o dalším postupu péče bez souhlasu pacienta, je důležité ho v co nejvyšší míře do rozhodovacího procesu o poskytované péči zapojovat. Neméně důležitá je včasná, dlouhodobá podpora rodiny a nejbližšího okolí osoby.

Snahu o sociální začlenění osob s chronickou duševní poruchou podporuje i výzkum Borgeho a jeho spolupracovníků (1999), která vyhodnocovala spokojenost osob, které byly dlouhodobě v ústavní péči, a poté byly integrovány zpět do komunity a porovnávala ji s osobami dlouhodobě využívajícími pobytové služby. Ukázalo se, že osoby v komunitě oproti osobám v ústavní péči jsou více sociálně aktivní, více spokojeni s kontaktem se svou rodinou a posuzují svůj život jako kvalitnější. I přes tyto pozitivní skutečnosti je sociální síť osob v komunitě tvořena převážně zástupci poskytovatelů zdravotní a sociální péče. Relativní spokojenost se životem v obou skupinách může být dána dlouhodobou poruchou, která redukuje jejich očekávání. Podobný výzkum subjektivní spokojenosti osob s chronickým onemocněním žijících v komunitě provedl Salokangas et al. (2006). Zjistil, že větší subjektivní spokojenost je v této skupině spojena s ženským pohlavím, dobrým psychosociálním fungováním, sítí dobrých přátel nebo osob, kterým je možné se svěřit, dobrým fyzickým zdravím a skupinovým bydlením nebo bydlením s rodinou.

5. METODY PRÁCE S LIDMI VYKAZUJÍCÍMI KOGNITIVNÍ DEFICIT V DŮSLEDKU ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENÍ

Schizofrenie je v současné době léčena kombinací biologických, psychologických a sociálních postupů a metod (Kučerová, Říhová, 2006; Kopelowicz et al., 2007). Nejvýznamnějším prostředkem léčby schizofrenie zůstávají psychofarmaka, která poměrně rychle a spolehlivě ovlivňují symptomy (Libiger, 1991). Léčba je podle konkrétních příznaků zaměřena více na negativní symptomatiku projevující se útlumem motoriky a sníženým zájmem, nebo naopak na symptomatiku pozitivní, tedy na agitovanost, bludy, vztahovačnost ad. (Höschl a kol., 2002; Nasrallah et al., 2005). Farmakoterapie je užívána k odstranění nebo snížení akutních psychotických příznaků a dále k dlouhodobé prevenci relapsu. Nedílnou součástí léčby schizofrenie jsou psychoterapeutické a sociálně terapeutické intervence, které bývají indikovány ve fázi stabilizační nebo stabilní a jejichž cílem je zejména psychosociální stabilizace a začlenění osoby do běžných podmínek (Motlová, Koukolík, 2004).

Intervence lze rozdělit do těchto oblastí (Kopelowicz et al., 2007):

- farmakoterapie (medikace přiměřená typu a závažnosti psychopatologie, minimalizace vedlejších účinků léků),
- trénink dovedností (rozvoj dovedností potřebných ke zvládnutí životních a stresových situací, které jsou vyžadovány pro adaptaci v prostředí a nezávislost),
- podpora v prostředí/komunitě (široké spektrum sociálních služeb, včetně podporovaného zaměstnávání, přechodného zaměstnávání, podporovaného bydlení, vzdělávání, case managementu ad.)

V praxi tak bývají kombinovány tyto terapeutické metody a postupy (Motlová, Koukolík, 2004; podobně i Marková a kol., 2006; Praško a kol., 2007):

- farmakoterapie,
- psychoedukace
- práce s rodinou (strukturované edukační intervence, např. rodinná psychoedukace, behaviorální rodinný management ad.),
- pracovní terapie (rehabilitace),
- nácvik sociálních dovedností,
- psychoterapie (individuální nebo skupinová).

Kopelowicz et al. (1998) přidává ještě:

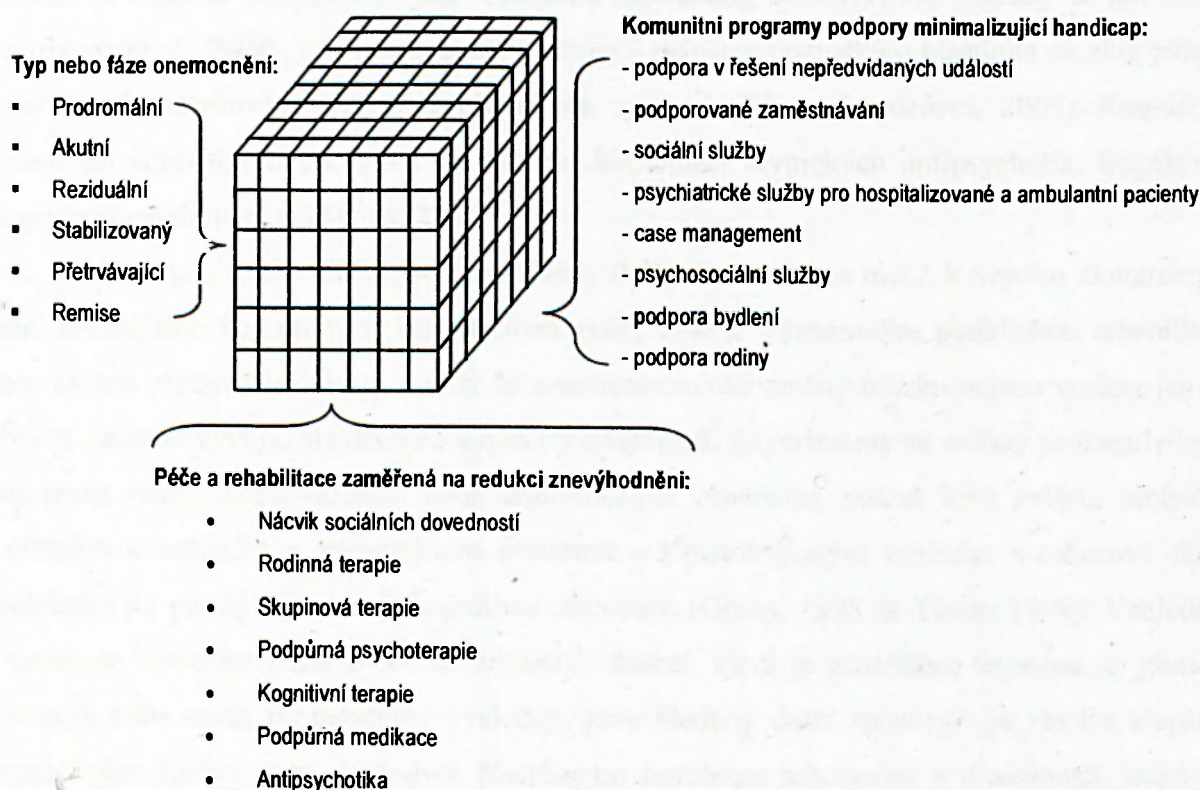
- podpůrnou terapii,

- kognitivní rehabilitaci,
- case management.

Výběr konkrétních metod a postupů musí být vysoce individualizován a musí zohledňovat potřeby, zájmy, cíle, aktuální možnosti a schopnosti konkrétních osob (Látalová, Pidrman, 2006). Člověk by se tedy měl dozvědět srozumitelným způsobem informace o průběhu, prognóze, možnostech léčby a rehabilitace, významu medikace a měl by se naučit rozpoznat symptomy, které naznačují zhoršování zdravotního stavu (Motlová, Koukolík, 2004). Pokud je to možné, pak hlavním cílem intervencí by měl být návrat a znovuzapojení osoby do života v běžném prostředí, nebo alespoň podpora maximální možné míry integrace těchto osob do běžného způsobu života. Proto je kladen důraz na ambulantní a komunitní péči (Mohr, 2006).

Vztah mezi intervencemi a poskytovanými službami je možné znázornit v trojrozměrném modelu psychiatrické rehabilitace (Kopelowicz et al., 1998), který reflektuje vztah ve třech hlavních dimenzích (viz schéma 6). Specifické způsoby intervencí jsou rozloženy v horizontální ose modelu a jejich podoba je určována fází nebo stavem onemocnění, které je znázorněno na vertikální ose. Tyto intervence mohou být poskytovány v rámci různých komunitních programů, jak je znázorněno na třetí ose.

Schéma 6 – Trojrozměrný model psychiatrické rehabilitace (Kopelowicz et al., 1998)



Psychofarmaka (zejm. tzv. atypická antipsychotika ve druhé polovině 20. století) přispěla k zásadnímu pokroku v psychiatrické péči, ovšem účinky těchto léčiv jsou prokazatelné pouze

v oblasti pozitivních příznaků schizofrenie. V oblasti farmakoterapie kognitivních dysfunkcí je přínos medikace nepatrný (Galletly et al., 2000). Výsledky provedených výzkumů jsou v tomto ohledu sporné, v názorech na možnosti farmakologického ovlivnění kognitivních funkcí se autoři zcela neshodnou (Galletly et al., 2000; Mohr, 1998; Rodriguez, 2006 ad.). To může být důsledkem nevyjasněnosti patofyziologie kognitivního deficitu a předpokládané etiologické heterogenitě (Tůma, 1999). Pokud jsou však prokazatelně farmakologicky ovlivnitelné pouze pozitivní příznaky schizofrenie, zatímco kognitivní deficit přetrvává i v době remise, pak právě tato skutečnost je klíčová pro obhájení naléhavosti rozvoje nefarmakologických metod a postupů při práci s lidmi s kognitivním deficitem.

Na oblast zpracování informací, pozornost, paměť a exekutivní složku, tedy na jednotlivé složky kognitivního deficitu, jsou zaměřeny postupy kognitivně rehabilitační. Přestože výzkumy potvrzují¹⁵, že míra poškození kognitivních funkcí má významný vliv nejen na průběh a výsledný stav (Tůma a Lenderová, 2001), včetně snížení kvality sociálního fungování osob se schizofrenií, nelze léčbu zaměřit pouze na kognitivní deficit (Kučerová, Říhová, 2006). Celková stigmatizace osob se schizofrenií je do vysoké míry dána také negativními příznaky onemocnění. Proto nabývá na významu aktivace psychiky, která je prevencí vzniku psychických změn (apatie, negativismus, agrese, rezignace) následkem nedostatečných podnětů (zejm. sociálních kontaktů) a izolace (Marková a kol., 2006). Možnosti terapeutického ovlivnění samotného kognitivního deficitu u osob se schizofrenií jsou omezené (Spaulding et al., 1999; Galletly et al., 2000; Rodriguez et al., 2004), užívané postupy vycházejí jednak z poznatků o plasticitě mozku, jednak z možností ovlivňování neurotransmitterových systémů (Tůma, Lenderová, 2001). Kognitivní deficit při schizofrenii tak bývá ovlivňován kombinací atypických antipsychotik, kognitiv a kognitivní rehabilitací (Češková, 2005).

Při práci s těmito lidmi jsou využívány další intervence, z nichž k nejvíce zkoumaným patří rehabilitace kognitivních funkcí (Rodriguez, 2006). Významným podkladem rehabilitaci obecně jsou především důkazy o tom, že neuroanatomické změny mozku nejsou vázány jen na období časného vývoje, ale dochází k nim i v dospělosti. Experimenty se zvířaty prokázaly lepší schopnost učení, doprovázenou neuroanatomickými změnami, pokud byla zvířata umístěna v podněťově bohatém a stimulujícím prostředí - k histologickým změnám v mozkové tkáni docházelo již po čtyřech dnech kognitivní stimulace (Green, 1998 in Tůma, 1999). Vzhledem k tomu, že výsledky rehabilitace kognitivních funkcí, která je prováděna zejména za pomoci počítačů, také nemá prokazatelné výsledky, jsou hledány další způsoby, jak docílit zlepšení kognitivních funkcí, resp. k alespoň částečnému navrácení schopností a dovedností, které by osobě umožnily návrat a zapojení do běžného života. Z tohoto důvodu jsou v nabídce programy,

¹⁵ Na tomto místě je opět potřeba upozornit na výše uvedené metodologické obtíže studií ztěžující zobecňování poznatků a jejich srovnání. Hodnocení efektivity je navíc často obtížné i proto, že testování je prováděno před a po intervenci, a proto je obtížné odhadnout její dopady v pozdějším životě osoby.

kteře jsou zaměřené na nácvik sociálních dovedností, a to v rámci zdravotnických zařízení i sociálních služeb (denní stacionáře, sociálně aktivizační programy, Job kluby, pracovní rehabilitace, svépomocné skupiny ad.). I v těchto programech si samozřejmě osoby procvičují kognitivní funkce (Bell et al., 2001; Perglová, 2006).

Někteří autoři považují kognitivní rehabilitaci za předpoklad pro to, aby osoba mohla profitovat z dalších rehabilitačních programů (pokud je kupříkladu narušena paměť, osoby mají vážné obtíže při nácviku sociálních dovedností). Proto některé programy nácviku sociálních dovedností včleňují techniky kognitivní rehabilitace přímo do svých programů. Takové postupy mohou být diskutabilní, právě vzhledem k neprokazatelným výsledkům rehabilitace kognitivních funkcí a vzhledem k nejasnostem kolem přenosu zlepšení izolovaných kognitivních funkcí do komplexních procesů každodenního života. V jiných typech programů jsou oproti tomu využívány postupy, které podporují zlepšování kognitivních funkcí v rámci využívání jiných technik a aktivity zaměřené výlučně na kognitivní funkce tak nejsou přímo součástí programu. Jde o častější opakování cvičení nebo nácviku úkonu za souběžného snižování podpory druhé osoby při výkonu, zvýšení míry strukturace postupu, prezentace informací v různých smyslových modalitách (například doplnění verbální instrukce písemnou, využití obrázků a fotografií), pauzy v průběhu delších aktivit, sledování úrovně pozornosti v průběhu úkolu, dotazování se na zapamatování informací ad. Z uvedených skutečností je jasné, že se v konkrétních případech jedná o rozhodování mezi využitím metod kompenzačních (např. využití fotografií pro znázornění postupu výkonu určité činnosti) nebo léčebných (např. počítačová rehabilitace konkrétní kognitivní funkce). Toto rozhodování závisí kromě struktury deficitu (Bellack et al. (1999) uvádí, že rozdíly ve struktuře kognitivního deficitu mohou být dány heterogenní povahou schizofrenie), na délce jeho onemocnění, dalších nemocech, motivaci, zkušenostech, možnostech podpory okolí ad. (Perglová, 2006).

Nejlepších výsledků je podle dosud provedených studií dosahováno právě v kombinaci psychofarmak a socioterapeutických přístupů, tj. v kombinaci včasné psychofarmakologické léčby a následné péče rehabilitační (Bellack et al., 1999; Tůma, 1999; Mohr, 1998; Libiger, 1991; Bell et al., 2001; Nasrallah et al., 2005; Látalová, Pidrman, 2006; Vachková, 2008). Galletly et al. (2000) považuje za nejefektivnější kombinaci Clozapinu a nácviku sociálních dovedností. Bartels et al. (2002) i přes nedostatek výzkumných studií považuje za efektivní kombinaci uvedených dvou přístupů společně s kognitivně behaviorální terapií u podskupiny seniorů se schizofrenií. U této podskupiny také klade zvýšený důraz na psychoedukace. Rehabilitační programy, které jsou realizovány pro cílovou skupinu osob s duševní poruchou, jsou v České republice realizovány především nestátními neziskovými organizacemi (Vachková, 2008) nebo v rámci psychiatrických léčeben. Základem této rehabilitace je většinou farmakoterapie, avšak jak u ní, tak u dalších, návazných rehabilitačních programů dochází

k tomu, že osoby s těžší formou duševní poruchy, zejména pokud je doprovázena anozgnózií, nejsou schopné je bez podpory využívat. Vachková (2008) upozorňuje také na obtíže, které jsou spojeny s predikcí užitečnosti rehabilitace. Její výsledek není možné určit ani na základě symptomatologie, ani dovedností (schopnost člověka fungovat v konkrétním prostředí nemusí predikovat jeho schopnost fungovat v prostředí jiném).

V odborné literatuře jsou poměrně vágně využívány základní pojmy a jsou také velmi nesystematicky dávány do vzájemných souvislostí (viz tabulku 2). Jednoznačně je využíván jen pojem farmakoterapie, který zahrnuje využití psychotropních látek k upravení zdravotního stavu. To vede nejen k problematické interpretaci teorie, ale vzhledem k nutnosti spolupráce odborníků z různých oborů i k problémům v praxi (Rodriguez, 2006). Proto bude tato část věnována vyjasnění základních pojmů v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním. Základní využívané pojmy jsou uvedené v tabulce.

Tabulka 2 – Pojmy využívané ve speciální pedagogice a psychiatrii v souvislosti s rehabilitací

	Speciální pedagogika Pipeková a kol., 2006; Jesenský, 2000 ad.	Psychiatrie		
		Twamley, 2003	Rodriguez, 2006	Spaulding et al., 1999
Rozvoj postižené funkce a zlepšování její činnosti; zmenšení míry deficitu v určité funkci	Reedukace	Restorativní postupy	Kognitivní remediace	Remediace
Zlepšení a zdokonalení výkonnosti jiné, než postižené funkce nebo zmírnění deficitu pomocí jiných funkcí a technik, nalezení a naučení substitučních strategií	Kompenzace	Kompenzační postupy	Kognitivní remediace a kognitivní adaptace	Protetika, reorganizace
Maximální možná resocializace a sociální integrace	Rehabilitace	Rehabilitační strategie v psychiatrii	Kognitivní rehabilitace	Rehabilitace

Speciálně pedagogické terapeutické metody jsou tradičně děleny na metody reedukační, kompenzační a rehabilitační (Pipeková a kol., 1998, s. 30). Reedukace zahrnuje postupy zaměřené na rozvoj postižené funkce a zlepšování její činnosti. Kompenzační metody jsou obvykle definovány jako postupy, jimiž se zlepšuje a zdokonaluje výkonnost jiné, než postižené funkce. Tyto metody jsou ve speciální pedagogice využívány k rozvoji funkcí, které by mohly nahradit ty funkce, jež jsou hodně poškozené nebo které jsou reedukovány (např. rozvoj sluchu při postižení zrakových funkcí). Kognitivní funkce nelze nahradit jinými funkcemi, proto není v této souvislosti problematika kompenzace relevantní. Pokud bychom však kompenzaci definovali pro oblast deficitu kognitivních funkcí jako jakékoli nahrazení nebo změnu podmínek, které umožňuje kognitivní fungování osoby, pak by tam bylo možné zařadit i výše uvedené kognitivně adaptační metody (podobně i Jesenský, 2000, s. 147).

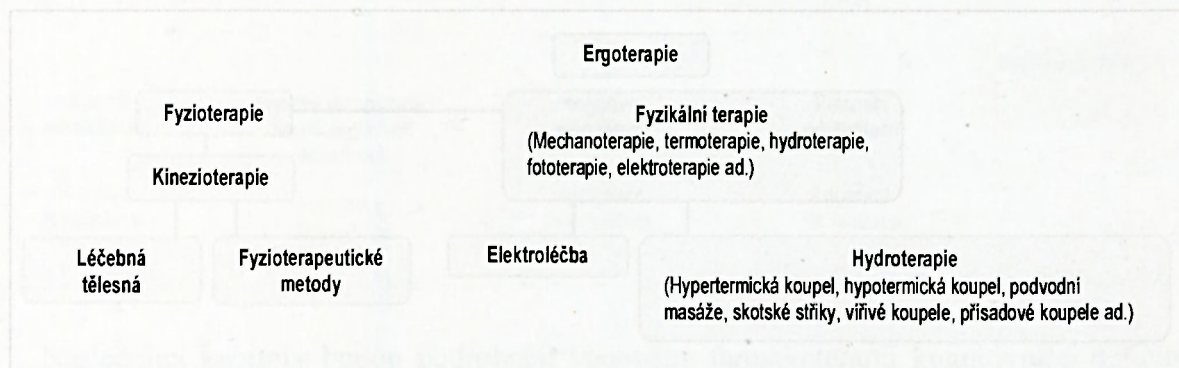
Spaulding et al. (1999) dělí rehabilitační metody pro osoby s kognitivním deficitem na remediační, které jsou zaměřeny na zlepšování postižených procesů; protetické, v nichž jsou schopnosti osoby nahrazeny nebo kompenzovány; a reorganizační, které upravují environmentální podmínky zlepšující funkční reorganizaci procesů. V tomto smyslu se objevuje v psychiatrické literatuře i podobné dělení rehabilitačních strategií na restorativní a kompenzační (Twamley, 2003; Rodriguez, 2006). Restorativní model předpokládá zmírnění deficitu určité funkce pomocí opakovaného tréninku této funkce, jedná se tedy o metodu kognitivní remediacce (Brekke et al., 2007). Tento model bývá úspěšný při rehabilitaci pozornosti. Oproti tomu je kompenzační model rehabilitace charakterizován snahou pomocí jiných funkcí a technik nalézt a naučit se substituční strategii a tím vyrovnat deficit. Jejich výběr záleží na míře a oblastech poškození a předpokladech o jeho reverzibilitě (Rodriguez, 2006).

Rehabilitační metody ve speciální pedagogice označují postupy, které upravují sociální a pracovní vztahy člověka. Světová zdravotnická organizace definuje rehabilitaci jako soubor opatření, která směřují k maximálně možné resocializaci a sociální integraci jedince. OSN definuje ucelenou rehabilitaci jako kombinované a koordinované uplatnění lékařských, sociálních, výchovných a pracovních opatření umožňující osobám se zdravotním postižením maximální začlenění do aktivního života společnosti. V psychiatrické literatuře je pro soubor postupů vedoucích ke zlepšování kognitivních funkcí využíván pojem kognitivní rehabilitace, neuropsychologická rehabilitace nebo rehabilitace kognitivních funkcí. Měla by být součástí celkové rehabilitace osoby s kognitivním deficitem (Rodriguez, 2006). Užívání uvedených pojmů se může zdát poněkud zavádějící, vzhledem k tomu, že v praxi jsou využívány zejména postupy zahrnující kognitivní trénink (tedy postupy reedukační) a vzhledem k tomu, že rehabilitace je zaměřena jednostranně na kognitivní funkce. Užitečné však je dělení metody kognitivní rehabilitace (Twamley, 2003; Rodriguez, 2006) na kognitivní remediaci, tj. posilování specifických funkcí pomocí opakovaného nácviku a osvojováním si kompenzačních strategií, které se nejčastěji uplatňují v tréninkových programech, a kognitivní adaptaci, která označuje překonávání důsledků kognitivního deficitu modifikací prostředí.

- Rehabilitace tedy navazuje na reedukaci a kompenzaci. Zatímco reedukace a kompenzace se zaměřují na příčiny, rehabilitace odstraňuje důsledky. Cílem by mělo být co nejsamostatnější fungování osoby v každodenním životě. Podpora je poskytována takovým způsobem, aby osoba mohla rozvíjet své slabé i silné stránky. Marková a kol. (2006) dělí rehabilitaci do těchto oblastí:
- Léčebná rehabilitace se provádí v rámci oboru rehabilitační medicíny. Je prováděna výhradně odbornými zdravotnickými pracovníky – lékaři, fyzioterapeuti nebo ergoterapeuti. Různé formy terapie (sprchy, střiky, reflexní masáže, podvodní masáže, léčebná tělesná

výchova ad. viz schéma 7) slouží k vyvolání pocitu pohody a uvolnění, pozitivně působí na některé vegetativní orgánové poruchy a spánek.

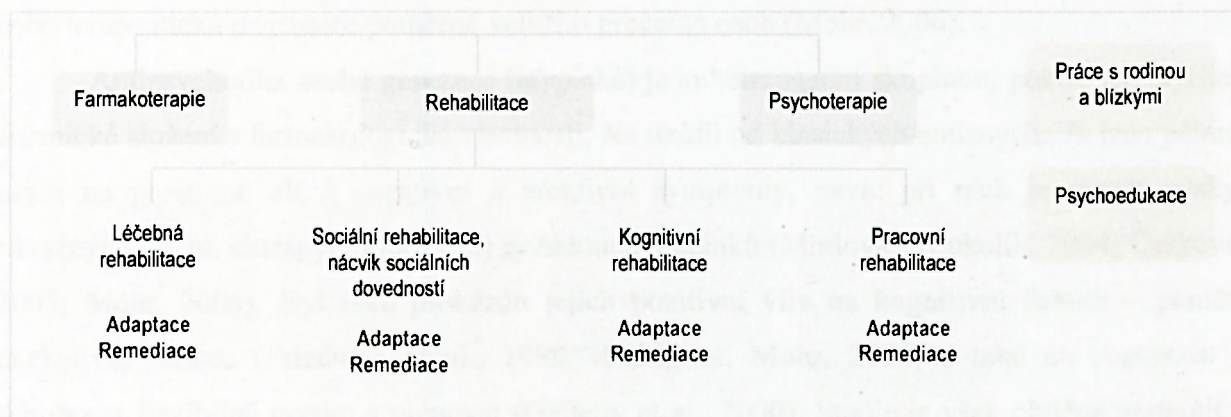
Schéma 7 – Systém léčebné rehabilitace (volně podle Markové a kol., 2006, s. 138)



- Pracovní rehabilitace je určena osobám v produktivním věku, které mají zájem o podporu při nácviku pracovních návyků a dovedností. Je zpravidla prováděna již v době hospitalizace osoby, a to v dílnách, které bývají součástí léčebny, pak může pokračovat v rehabilitačních zařízeních nebo dílnách, které jsou provozovány na více či méně ziskové bázi, ale vždy s cílem znovunavrácení nebo udržení schopností a dovedností osob s postižením, případně s cílem zajisti jim zaměstnání (viz výše).
- Pedagogicko-výchovná rehabilitace je určena zejm. dětem a dospívajícím osobám s různým typem postižení. Je zajišťována speciálními pedagogy, kteří řeší zařazování osob do vzdělávacího procesu.
- Sociální rehabilitace je zajišťována v multidisciplinárním týmu odborníků, jehož součástí jsou i sociální pracovníci. Jedná se o opatření, která řeší sociální situaci osoby, včetně oblasti financí, bydlení, vztahů, práci, zájmové činnosti ad.

Systém intervencí poskytovaných osobám s duševní poruchou je znázorněn ve schématu 8. Kromě již zmíněné farmakoterapie je poskytována ještě psychoterapie. Zmíněna je také oblast psychoedukace, tedy oblast „vzdělávání“ osob s duševním onemocněním o tématické spojené s vlastní psychickou poruchou (symptomy, medikace, změny v oblasti denního režimu ad.). Na důležitosti pak nabývá téma spolupráce s rodinou a blízkými osobami, jejichž podpora významně přispívá k integraci lidí s duševními nemocemi. Všechny oblasti rehabilitace jsou zaměřeny na podporu osoby v sociálním a pracovním prostředí a jsou vždy děleny na remediaci (posilování funkcí pomocí opakovaného nácviku a osvojováním si kompenzačních strategií) a adaptaci (modifikace prostředí).

Schéma 8 – Druhy intervencí u osob se schizofrenií vykazujících kognitivní deficit



Následující kapitoly budou podrobněji věnovány farmakoterapii kognitivního deficitu, reedukačním metodám přímo zaměřeným na zlepšování kognitivních funkcí a rehabilitačním metodám zaměřeným na rozvoj schopností a dovedností spojených se společenským a pracovním uplatněním osoby s kognitivním deficitem.

5.1 Farmakoterapie kognitivního deficitu

Objev účinků chlorpromazinu a dalších druhů psychofarmak podobného účinku představoval v psychiatrii zásadní změnu. Jejich zavedení v léčbě schizofrenie má zásadní přínos. Tyto léky, antipsychotika (dříve byl používán název neuroleptika) vedou u 70 % k významnému ústupu akutních psychotických příznaků (Češková, 2005). Kromě redukce symptomů dochází i ke zkrácení délky jednotlivých epizod onemocnění, k prevenci relapsu a tedy ke zlepšení kvality života osob. V současné době jsou antipsychotika dělena na starší, klasická (typická) a na antipsychotika druhé generace (atypická).

Klasická (typická) antipsychotika jsou charakteristická spolehlivou kontrolou pozitivních psychotických příznaků, ale také výrazným výskytem vedlejších nežádoucích účinků - svalovou ztuhlostí, třesem, zpomalenými pohyby, pocitem neklidu, agitovaností, křečemi, opakovanými mimovolnými pohyby ad. (Češková, 2005). Z tohoto důvodu bývá medikace antipsychotická doprovázena přídatnou medikací (anticholinergní farmaka), která by měla jejich výskytu zabránovat nebo alespoň jejich projevy snižovat (Rodriguez, Mohr, 2004). Klasická antipsychotika jsou také méně efektivní při působení na negativní příznaky a pravděpodobně mají i velmi malý nebo žádný vliv na kognitivní dysfunkce (Friedman et al., 1999), i když některé studie naznačují, že nízké dávky klasických antipsychotik mohou mít na kognitivní funkce pozitivní účinky (Mohr, 2006). Kognitivní funkce (podle Rodriguez, Mohr, 2004 zejména paměť) také mohou být dále zhoršovány přídatnou medikací používanou při zmírňování

extrapyramidových vedlejších účinků léků. Další nevýhodou je velký počet reziduálních stavů nebo terapeutická rezistence poměrně velkého procenta osob (Mohr, 2006).

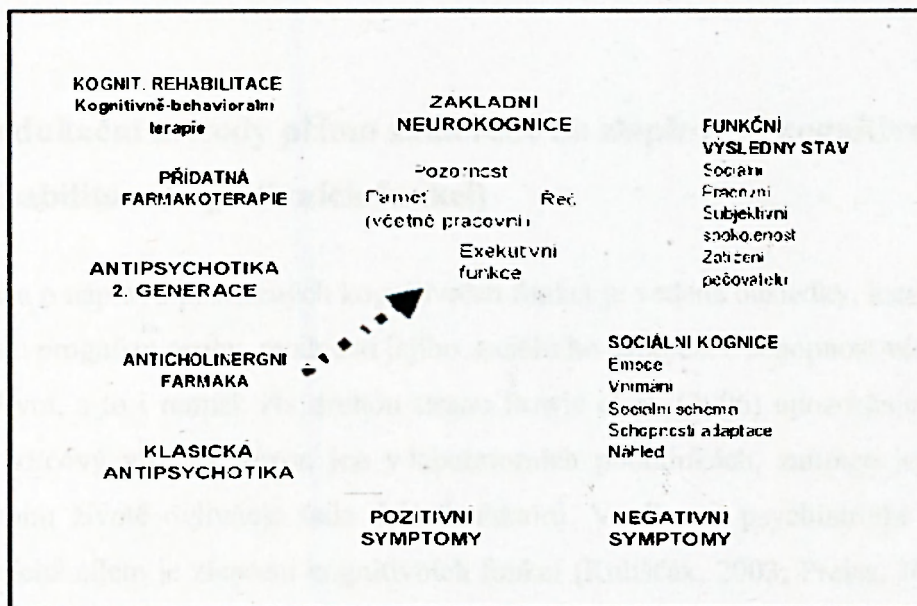
Antipsychotika druhé generace (atypická) jsou heterogenní skupinou, pokud jde o jejich chemické složení a farmakologické vlastnosti. Na rozdíl od klasických antipsychotik jsou účinná nejen na pozitivní, ale i negativní a afektivní symptomy, navíc při nich je menší výskyt závažných (zejm. extrapyramidových) nežádoucích účinků (Motlová, Koukolík, 2004; Češková, 2005; Mohr, 2006). Byl také prokázán jejich pozitivní vliv na kognitivní funkce – paměť, exekutivní funkce (Friedman et al., 1999; Rodriguez, Mohr, 2004) a také na pozornost a schopnost flexibilně myslet a plánovat (Galletly et al., 2000). Studie je však obtížné hodnotit a srovnávat (např. studie Buchanana a kol. z roku 1998 účinky Clozapinu na negativní symptomy neprokázala) z důvodu problematické metodologie jako nedostatečná kontrola přetrvávající působení předchozí a přídatné medikace v době zahájení studie a vstupního vyšetření, nedostatečná délce studie, odlišnosti ve využitých neurokognitivních testech, odlišnosti v rámci zkoumaných souborů osob nebo nedostatečné rozlišení zlepšení kognitivních funkcí od ostatních klinických změn (Rodriguez, Mohr, 2004). Pozitivní účinky mělo zejména užívání Clozapinu, a to při zlepšení pozornosti a verbální paměti (někdy je uváděna i pozitivní korelace mezi zlepšením kognitivních funkcí a redukcí negativních příznaků), a Risperidonu (zlepšení pozornosti, exekutivních funkcí a verbální paměti). Bartels et al. (2002) doporučuje atypická antipsychotika pro seniory se schizofrenií právě pro nižší riziko pohybových obtíží.

Psychofarmaka využívaná při léčbě schizofrenie vedou k tomu, že po 4 - 6 týdnech od ataky, resp. zahájení léčby se zdravotní stav 30 – 65 % osob zřetelně zlepší. U osob, u kterých probíhá udržovací léčba antipsychotiky cca dalších deset měsíců, dojde k návratu onemocnění asi v 16 % případů, zatímco pokud jsou vysazeny léky, dojde k relapsu u více jak 50 % osob. Minimální doba podávání antipsychotik by měla být alespoň jeden rok (Pečeňák, 2005). Při udržovací léčbě bylo prokázáno, že intermitentní léčba není při dlouhodobé léčbě přínosem a zvyšuje riziko pozdních dyskinezí (Höschl et al., 2002). U osob rezistentních na léčbu psychofarmaky (zejm. u osob, které trpí katatonní formou schizofrenie, u poruch, kde je výrazná afektivní komponenta, u osob, které mají zvýšené riziko suicida) je používány elektrokonvulzivní léčba (Pečeňák, 2005). I tento druh léčby se kombinuje s antipsychotiky.

Antipsychotika (klasická i atypická) tedy poměrně bezpečně kontrolují pozitivní příznaky onemocnění, ty však příliš nesouvisí s kognitivním stavem osoby. Naopak, negativní příznaky, které jsou jen velmi mírně ovlivnitelné (výsledky výzkumů jsou v tomto ohledu neprůkazné) a navíc jen atypickými antipsychotiky, se s kognitivními funkcemi pravděpodobně ovlivňují navzájem (Rodriguez et al., 2004). Někteří autoři spekulují o selektivním účinku jednotlivých antipsychotik na různé kognitivní funkce (viz Rodriguez, Mohr, 2004). Výsledný funkční stav člověka je tedy závislý nejen na vlastních psychotických syndromech, ale také (a to výraznou

měrou) na stavu kognitivních funkcí (viz schéma 9). Proto je potřeba hledat nové farmakologické a nefarmakologické možnosti (Češková, 2005; Mohr, 2006; Kučerová, Říhová, 2006).

Schéma 9 - Vztah mezi léčbou, symptomy, kognitivními funkcemi a výsledným stavem (převzato z Rodriguez et al., 2004, s. 73)



Právě kvůli neprokatazelnému vlivu antipsychotik na kognitivní funkce jsou testovány další látky. Experimentálně bylo prokázáno ovlivnění kognitivního deficitu podáním stimulancií, ale je zde vysoké riziko zhoršení základních psychotických symptomů, a tak se tento způsob neužívá (Mohr, 2006). Podobně se začalo s využíváním léků užívaných v terapii primárních kognitivních poruch (Alzheimerova demence ad.), tzv. kognitiv, a s využíváním látek, které by měly ovlivňovat etiopatogenetické podklady kognitivního deficitu, které jsou však také definovány pouze hypoteticky (Mohr, 2006). Obě snahy jsou prozatím v počátcích.

Další experimentální látkou, jejíž účinky jsou v každodenní praxi prokázány a prokazují ji i výzkumy, je nikotin. Zvýšená potřeba kouření tabáku je typicky spojeno nejen se schizofrenií, ale i s depresivní poruchou nebo alkoholismem (Araki et al., 2002). Araki et al. (2002) uvádí, že prevalence kuřáků mezi psychiatrickými pacienty bývá 2 až 3 krát větší, než v běžné populaci, a v populaci schizofreniků kouří 90% osob (Levin, Rezvani, 2000 uvádí, že 80 % osob kouří pravidelně), v běžné populaci 33 % (Araki et al. však neuvádí, jaké populace se uvedené výsledky týkají). U osob se schizofrenií je kouřením stimulována činnost nikotinových receptorů, které ovlivňují výdej několika nervových přenašečů (acetylcholinu, dopaminu, serotoninu, noradrenalinu), jejichž snížená produkce je právě se schizofrenií spojována (Levin, Rezvani, 2000; Araki et al., 2002). Nikotin obsažený v cigaretovém kouři může do jisté míry zlepšovat kognitivní deficit, vede ke zlepšení pozornosti, bdělosti a krátkodobé paměti a také snižuje projevy vedlejších účinků léků (zejm. zpomalené psychomotorické tempo) (Araki et al.,

2002). To zároveň osvětluje specifickou vulnerabilitu osob se schizofrenií ke kouření. Nikotin, který byl v experimentálním využití podáván transdermálně (v podobě nikotinových náplastí), významně zlepšoval pozornost u osob se schizofrenií (Levin, Rezvani, 2000), v některých studiích se objevila i lepší účinnost některých psychofarmak (např. clozapinu) u kuřáků než u nekuřáků (Araki et al., 2002).

5.2 Reedukační metody přímo zaměřené na zlepšování kognitivních funkcí (rehabilitace kognitivních funkcí)

Snaha o nápravu postižených kognitivních funkcí je vedena důsledky, které má deficit na dlouhodobou prognózu osoby, možnosti jejího sociálního zapojení a schopnost vést samostatný a nezávislý život, a to i remisi. Na druhou stranu Bowie et al. (2006) upozorňuje, že kognitivní deficit má klíčový vliv na výkon jen v laboratorních podmínkách, zatímco jejich fungování v každodenním životě ovlivňuje řada dalších faktorů. V odborné psychiatrické literatuře jsou postupy, jejichž cílem je zlepšení kognitivních funkcí (Kulišťák, 2003; Preiss, 2006), nazývány rehabilitací kognitivních funkcí nebo neuropsychologickou rehabilitací. Rehabilitaci kognitivních funkcí není zatím věnováno příliš pozornosti (Kučerová, Říhová, 2006), postupy jsou prozatím využívány spíše experimentálně. V praxi se lze setkat jen s několika využívanými koncepty. Důvodem může být i skutečnost, že výsledky výzkumných studií nepotvrzují jednoznačně jejich efektivitu a nejsou konzistentní v názoru na povahu a průběh účinného nácviku, na efekt jeho přetrvávání, jeho korelaci se změnami v sociálním fungování, tj. v přenositelnosti zlepšení do jiných situací, do běžného života (Twamley et al., 2003).

První zkušenosti s rehabilitací kognitivních funkcí pocházejí z 80. let 20. století, výzkumy z této doby neprokázaly účinnost kognitivní rehabilitace (Perglová, 2006). Některé studie však uvádějí prokazatelné výsledky v případě zlepšení paměti (Galletly et al., 2000). V poslední době se s rozvojem propracovanějších programů výzkumy zaměřují na otázky využitelnosti jednotlivých metod u různých skupin osob a na zkoumání mechanismů jejich účinků. Cílem rehabilitace kognitivních funkcí je dosažení generalizace zlepšení tak, aby se efekt intervence projevil v každodenním životě osoby. Někdy je odlišována generalizace jako schopnost abstrahovat princip a nově naučené strategie využít v nových situacích od přenosu učení, kdy je nácvik dovedností využitelný ve specifických situacích. Jedná se tedy o dva různé způsoby transferu, kdy v prvním případě jde o přenesení nabyté dovednosti do úlohy do jisté míry odlišné a v druhém o přenesení zkušeností z tréninku do praktického života.

Většina programů kognitivní rehabilitace je realizována prostřednictvím kognitivního tréninku, tj. opakovaného, systematického nácviku. Rehabilitace kognitivních funkcí je tedy

zaměřena na zlepšení postižení, zatímco kognitivní trénink se snaží zmírnit kognitivní deficit Rodriguez (2006). Z tohoto důvodu jsou kombinovány různé přístupy, jsou využívány postupy stimulace jednotlivých kognitivních funkcí a cílený trénink zaměřený na pracovní, krátkodobou a dlouhodobou paměť, na plánování, flexibilitu, řešení problémů a posílení kompenzačních strategií (Perglová, 2006). Preiss (2006, s. 107) uvádí pět základních postupů kognitivní rehabilitace, které se navzájem doplňují:

- obnovení ztracených funkcí,
- přejímání úkolů poškozených mozkových funkcí funkcemi nepoškozenými,
- překlenutí nebo vyhnutí se problémovým oblastem změnami v prostředí pacienta,
- adaptace k alespoň částečnému dosažení cíle nebo kompenzace nezdaru,
- efektivnější využití stávajících schopností.

Pro provádění neuropsychologické rehabilitace nabízí Rodriguez (2006, s. 336 - 338) řadu doporučení, která by měla vést ke zvýšení efektivity rehabilitace a spolupráce osoby s profesionálem. Rehabilitace by měla začít až po odeznění akutních příznaků schizofrenie a měla by být velmi individualizovaná, přizpůsobená konkrétnímu jedinci, profilu jeho kognitivních funkcí, charakteru a průběhu poruchy, věku, sociálním podmínkám a motivaci atd. Je také potřeba brát v potaz potřeby a cíle osoby (např. zda chce nastoupit do práce/do školy, které situace potřebuje umět zvládat atp.), tak je možno podávat motivující a srozumitelnou zpětnou vazbu (Perglová, 2006). Mapování změn v měnících se potřebách a podmínkách osoby by mělo vést k přizpůsobování metod, cílů a plánů. Je také vhodné, aby do procesu byly zapojeny blízké osoby. Na počátku i konci (a v případě potřeby i během spolupráce) by mělo proběhnout zhodnocení funkčních a kognitivních změn, a to nejen prostřednictvím neuropsychologických testů, ale i prostřednictvím objektivních a subjektivních škál vyhodnocujících dopad intervence na každodenní fungování člověka. Rodriguez (2006) a Kulišťák (2003) také upozorňují na dva různé způsoby, kterými je možno v rehabilitaci kognitivních funkcí postupovat. Postup rehabilitace může být veden buď shora-dolů (procvičováním komplexních činností ovlivňovat jednotlivé kognitivní funkce) nebo zdolana-horu (nejprve jsou procvičovány jednotlivé kognitivní funkce, postupně se přechází ke komplexnějším činnostem).

Výše uvedená doporučení Rodriguezové (2006) pro provádění kognitivní rehabilitaci doplňuje Perglová (2006) o specifické návrhy na rehabilitaci jednotlivých funkcí pro skupinu osob se schizofrenií:

- Pozornost: Práce by se měla orientovat na podporu zaměřené pozornosti, zapojování různých smyslových modalit, monitorování podmínek, které u konkrétní osoby posilují nebo narušují pozornost, trénink postupného prodlužování délky zaměřené pozornosti.
- Paměť: Zisk a upevňování strategií posilujících organizování informací při zapamatování (mnemotechnické pomůcky, vytváření klíčů pro snadnější vybavování zapamatovaných informací).
- Učení: Podmínky rehabilitace, včetně prostředí, musí podporovat proces učení. Úlohy musí být opakovány podle potřeby a v různých kontextech. U některých osob omezit množství podnětů, činnosti provádět vícekrát za různé podpory, podporovat přenos naučených dovedností do jiných situací, podmínek. Je nutné systematicky pracovat s motivací (využívat individuální zkušenosti, dávání informací do kontextu, který je pro člověka zajímavý nebo užitečný).
- Exekutivní funkce a metakognice: Osoby se schizofrenií mají obtíže v uvědomování si obsahů vlastního vědomí, monitorování vlastních mentálních procesů, v sebehodnocení, často mají zkreslený náhled na své chování. Proto je důležité v kognitivní rehabilitaci uplatňovat metakognitivní způsob práce, tj. podporovat osoby v uvědomování si postupu při řešení úloh, podávat zpětnou vazbu, reflektovat způsoby postupů při řešení úlohy práce exekutivních funkcí, tj. plánování řešení, odhad obtížnosti, navrhování strategie, schopnost pracovat s klíči, nápovědami a pomůckami, průběžné vyhodnocování práce, flexibilita ve změně postupu atd.).

Počítačové programy

Při kognitivní rehabilitaci jsou stále častěji využívány počítačové programy, a to jak v kombinaci s ostatními přístupy, tak i samostatně (viz např. Rodriguez, 2006; Perglová, 2006). Osobě jsou pomocí počítače předkládány úkoly, jejichž obtížnost se v průběhu spolupráce zvyšuje. Předpokládá se, že se výkony klientů budou postupně zlepšovat (Preiss, 1997). Počítačové programy jsou oblíbeny pro snadnou prezentovatelnost, komplexnost administrovaných úloh, kvalitní, rychlou a přesnou analýzu a zpětnou vazbu, flexibilitu v reakci na aktuální výkony osoby a možnost uchovávat data (Preiss, 1997; Kučerová, Říhová, 2006). Kognitivní rehabilitaci pomocí počítačových programů je možné ji provádět skupinově i individuálně. Oproti tomu se objevují výhrady k tomu, že úkoly předkládané probandům vyžadují dril, který nevede k požadovaným výsledkům, že programy jsou nudné, a tak nemotivují osoby k práci, a že zlepšení výkonu probanda ve výkonech na počítači je efektem praxe v práci s počítačem, nikoli zlepšením samotné funkce (Preiss, 1997). Proto se v praxi

přistupuje spíše k využívání počítačových rehabilitačních programů nikoli samostatně, ale jako součásti komplexnějších programů zahrnujících i jiné metody.

CRT - Cognitive Remediation Program

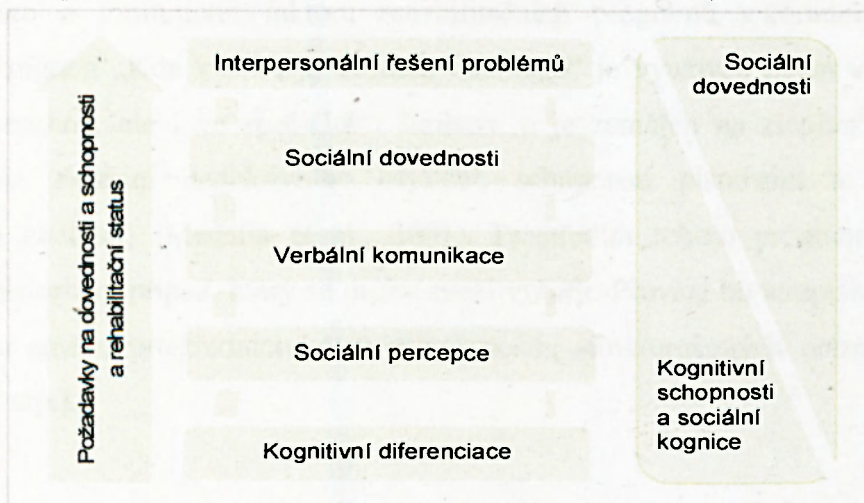
Program vychází z detailní analýzy exekutivního fungování a zahrnuje tři moduly, které se zaměřují na flexibilitu myšlení, paměť a plánování. Program je dělen do lekcí, z nichž každá obsahuje prvky všech modulů a v nichž osoba vykonává postupně se ztěžující, opakující se cvičení formou papír – tužka. Ve spolupráci s terapeutem se osoba učí různým strategiím zpracování informací (verbalizace problému, paměťové strategie, třídění, sebeinstruování a sebemonitorování ad.) (Rodriguez, 2006).

IPT - Integrovaný psychoterapeutický program

V 70. letech 20. století byl Rodererem a Brennerem vytvořen Integrierte Psychologische Therapie Programm (IPT, Integrovaný psychoterapeutický program) jako jeden z prvních systematických a ucelených programů, který kombinoval a integroval dva přístupy: kognitivní remediaci a psychosociální rehabilitaci zaměřenou na sociální kognici, sociální dovednosti a řešení problémů. Program zahrnuje pět subprogramů (viz schéma 10), jejichž náročnost i komplexnost stoupá. Jedná se o (podle Roder et al., 2006; podrobně viz Roder et al., 1993):

1. kognitivní diferenciaci (zaměřeno na základní kognitivní funkce – pozornost, verbální paměť, kognitivní flexibilitu ad., probíhá prostřednictvím počítačového tréninku);
2. sociální percepci (sociální a emocionální percepcce, projevování emocí ad.);
3. verbální komunikaci (propojuje nižší a vyšší stupeň, zaměřen na kognitivní schopnosti přímo související s mezilidskou komunikací, tj. verbální fluence, exekutivní funkce ad.);
4. sociální dovednosti;
5. interpersonální řešení problémů (probíhají prostřednictvím nácviku interpersonálních dovedností, např. hraní rolí).

Schéma 10 – IPT pro osoby se schizofrenií (podle Roder et al., 2006)



Každý podprogram obsahuje několik cvičení, která jsou realizována ve skupině a jejichž obtížnost pro jednotlivce i pro skupinu je postupně zvyšována (Roder et al., 1993). Obtížnost však stoupá i v rámci celého programu (na počátku jsou cvičení velmi strukturovaná, frekventanti se v nich mohou snadno orientovat, postupně je kladen větší důraz na skupinovou dynamiku; postupně se snižuje direktivita terapeuta, a tak je dán větší prostor skupině atp. Roder et al., 1993).

Pokud se týká efektivit programu, pak podle Perglové (2006, s. 357) není jednoznačně neprokázána. Oproti tomu Roder et al. (2006) provedl metaanalýzu studií efektivit a došel k závěru, že IPT je prokazatelně efektivní v zlepšení kognitivních funkcí i sociálního chování u různých skupin osob se schizofrenií (hospitalizovaní i ambulantní pacienti, osoby v různých stádiích nemoci atd.)

CET - Cognitive Enhancement Therapy

Jedná se o integrovaný psychosociální rehabilitační program, který kombinuje interaktivní software a skupinová cvičení s cílem ovlivnit vybrané oblasti sociální kognice osob se schizofrenií, spíše než obecné kognitivní schopnosti. Součástí jsou psychoedukativní skupinové aktivity zaměřené na rozvoj osobnosti a na porozumění a zvládání nemoci. Program zahrnuje 75 h asistované práce na počítači a souběžnou práci ve skupině, osoby se setkávají jednou týdně na 1 – 1,5 hodiny (Kopelowitz et al., 2006). Hogarty a Flesher (1999) o programu uvádějí, že „*CET stimuluje pacienta k tomu, aby myslel více jako mladý dospělý a méně jako prepubertální nebo adolescentní jedinec*“. Dospělý věk je v tomto programu asociován právě s některými (sociálně) kognitivními schopnostmi: kognitivní flexibilitou, tolerancí k rozdílnosti, ambivalencí a nejistotě, schopností abstrakce ad. (Hogarty, Flescher, 1999; Kopelowicz et al., 2006).

Where in the USA is Carmen Sandiago?

Tento program vychází z poznatků o snížené schopnosti osob se schizofrenií řešit problémy jako o limitujícím faktoru rehabilitačních programů v komunitě i nezávislého fungování. Program „Kde v USA je Carmen Sandiago“ je využíván nejen v rehabilitaci osob s duševní poruchou, ale i ve speciálním školství, a je zaměřen na zlepšení schopnosti řešit problémy, na zlepšení deduktivního myšlení, schopnosti plánování a organizování (a zeměpisných znalostí) (Medalia et al., 2001). Prostředím tohoto programu je simulovaný kriminální, historický případ, který se osoba snaží vyřešit. Provází ho terapeut, který podporuje terapeutickou změnu prostřednictvím monitorovacích, strukturovaných otázek (Co jste mohl udělat jinak? atp.).

Program respektuje některé základní pedagogicko-psychologické principy tak, aby byla zvýšena jeho efektivita. Je respektována zejména snížená motivace a „motivovatelnost“ osob se schizofrenií, která se ukazuje jako překážka v některých jiných počítačových programech (Medalia et al., 2001). Motivace a udržení pozornosti je posilováno kontextualizací, personalizací předkládaného materiálu, multisenzorickou prezentací, zpětnou vazbou, pozitivním zpevněním a také zábavnou koncepcí celého softwaru.

Programy realizované v České republice

Rehabilitace kognitivních funkcí není prozatím běžnou součástí nabídky pro osoby se schizofrenií (Preiss, 2006). Vzhledem k vlivu deficitu na každodenní život člověka, i na efektivitu rehabilitačních postupů však začínají být některé postupy využívány. Perglová (2006) upozorňuje na program kognitivní rehabilitace, který je realizován v pražském Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov a na Program Student občanského sdružení Baobab. Občanské sdružení Green Doors také provozuje program Tréninku kognitivních funkcí (Nondek, Benešová, 2007).

Program Student o.s. Baobab (Perglová, 2006)

Občanské sdružení Baobab provozuje řadu programů pro mladé lidi v počátečních fázích psychózy. Program Student je určen lidem, kteří i přes intelektový potenciál v důsledku poruchy přerušili nebo mají obtíže s udržením studia na střední nebo vysoké škole. Přerušeni studia nebo dokonce jeho ukončení vede ke snížení uplatnitelnosti na trhu práce a přispívá tak ke snížení životní úrovně a zvýšení pravděpodobnosti chronifikace poruchy. Program vznikl v roce 2003.

Program je koncipován jako tříměsíční, docházkový, zaměřený na intenzivní kognitivní rehabilitaci. Klient dochází pětikrát týdně na 3 hodiny. Rehabilitace probíhá v uzavřené skupině šesti až deseti osob a svou strukturou a prostředím do jisté míry simuluje školní prostředí. Na jeho počátku je vždy testování kognitivních funkcí. Poté přicházejí cvičení zaměřená na řídicí funkce, paměť, pozornost, verbální fluenci a flexibilitu, která se postupně ztěžují. Pracovní týden skupiny se skládá ze třech modulů: kognitivní trénink (strukturovaná cvičení vedená metakognitivním způsobem), modul studijních dovedností (efektivní studijní strategie), modul sociálních dovedností (videotrénink sociálních situací souvisejících se školou). Program může být v případě zájmu studenta doplněn individuální podporou v průběhu i po jeho skončení. Prozatím nebylo provedeno objektivní vyhodnocení efektivity programu.

Trénink kognitivních funkcí (Nondek, Benešová, 2007)

Od roku 2005 realizuje o. s. Green Doors program tréninku kognitivních funkcí zaměřeného na zlepšení poznávacích funkcí a přenos tohoto efektu do běžného života. Program zahrnuje individuální práci cca 2 krát týdně po dobu dvou až tří měsíců. Každé sezení trvá kolem 90 minut.

Na začátku a na konci programu dochází k testování osoby krátkou neuropsychologickou baterií. Na základě výsledků a zároveň její zakázky jsou osobě plánovitě a cíleně předkládána různá cvičení a techniky, které se postupně ztěžují, ovšem jen do té míry, aby je osoba pořád ještě zvládala. Jsou užívány jak metody tužka – papír, tak počítačový program NEUROP-2. Důraz je kladen na zpětnou vazbu a rozhovor, které podporují a rozvíjí metakognitivní strategie: schopnost náhledu na vlastní řešení, posouzení kvality a jistoty výkonu, identifikace chyb ad. Přenos do každodenního života je podporován maximální orientací nácviku na zakázku osoby (zvýšení motivace) a dotazy na souvislost a využitelnost toho, co se právě děje/dělo, se situacemi v běžném životě. Aktivizace osoby probíhá i prostřednictvím podpory osob ve vymýšlení domácích úkolů, tak, aby odpovídaly do co nejvyšší míry jejich vlastním potřebám a souvisely s každodenním životem.

Kognitivní rehabilitace v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov (Perglová, 2006)

Kognitivní rehabilitace je zařazena jednou týdně do dlouhodobé práce ve skupinových stacionárních programech nebo 2 až 3 krát týdně individuálně pro osoby s výraznějšími problémy a pro osoby připravující se na návrat do školy nebo zaměstnání. Jedná se pak o asistovanou práci na počítači (kognitivní trénink) doplněnou o práci s metakognicí a o podporu kognitivních aktivit mimo denní sanatorium (příprava domácích úkolů, referování o četbě ad.).

Efektivita kognitivní rehabilitace

Účinnost rehabilitace kognitivních funkcí je často testována, některé studie jsou zaměřeny jen na samotnou rehabilitaci (testování určitých funkcí na začátku a na konci programu), některé se snaží postihnout přenos naučeného do každodenního života. Metaanalýzu provedených studií provedli Twamley et al. (2003). Zjistili, že převážná většina programů přináší pozitivní výsledky, i když zůstávají otázky kolem stability efektu. Ukazuje se, že na rehabilitaci kognitivních funkcí nemá vliv její délka, naopak klíčovou úlohu hraje motivace, doporučuje se použít kompenzační a restorativní strategie zároveň (Rodriguez, 2006). Pozitivních účinků je dosahováno v nácviku pozornosti a paměti, nejlepší výsledky měly rehabilitační programy, které byly zaměřeny na osvojování strategií učení (Twamley et al., 2003).

Nejvíce diskutabilní je v neuropsychologické rehabilitaci kognitivních funkcí efektivita počítačových programů, a to zejména v souvislosti s posuzováním ekologické validity, tedy míry, ve které jsou výsledky rehabilitačních nástrojů přenositelné do reálného života (Preiss, 2006), zejména do oblasti adaptačních a sociálních dovedností. Efektivita je skutečně prokázána právě jen výzkumy realizovanými v laboratorních podmínkách (Kopelowicz et al., 2006). Perglová (2006, s. 350) proto doporučuje zařazovat a kombinovat způsoby práce posilující využívání nabitých dovedností mimo tréninkový program a úkoly do co největší možné míry napodobovat reálné životní situace, zejm. ty, které má osoba zájem ovlivnit. Otázkou kromě toho také zůstává, v jaké míře je efektivní rehabilitovat izolovaně jednu kognitivní oblast a v jaké míře přetrvává léčebný efekt bez dalšího nácviku a opakování (Kučerová, Říhová, 2006).

Psychiatrické centrum Praha od roku 2002 provádělo výzkum efektivit počítačové rehabilitace osob se schizofrenií pomocí programu PSS CogReHab z roku 1986, který je zaměřena na oblast pozornosti, paměti a exekutivních funkcí (Rodriguez a kol., 2004). Jednalo se o osmitýdenní studii, v rámci které probandi pracovali s multimediálním softwarem, který obsahuje celkem 64 úloh. Probandi se setkávali 3 krát týdně, po dobu 90 – 120 minut. Během rehabilitace byl uplatňován individuální přístup, každý proband postupoval podle dosažených výsledků od jednoduchých úloh zaměřených na pozornost a exekutivní funkce, přes vizuálně prostorové a paměťové úkoly až ke komplexnímu řešení složitých problémů. Na základě neuropsychologického testování a rozhovorů před a po intervenci bylo potvrzeno zlepšení probandů v některých kognitivních testech a v oblasti sociability. Nedocházelo ke globálnímu zlepšení kognitivních schopností, pouze ke zlepšení některých parametrů (vizuoprostorová paměť, lepší organizace vlastní aktivity, plánování, integrace a zpracování úloh). Jako mimovolní vedlejší efekt skupinové rehabilitace se ukázal vznik nových interpersonálních vazeb, lidé se setkávali i mimo čas vyhrazený pro rehabilitaci. Z praktického hlediska je důležité, že absolvování osmitýdenního programu v dané frekvenci a délce setkávání je pro osoby zatěžující časově, někdy po dobu rehabilitace musely omezit ostatní sociální aktivity.

Program CoReHab byl využit i ve studii Bella et al. (2001). V tomto výzkumu byla srovnávána účinnost uvedeného modifikovaného programu využitého samostatně a současně s metodou pracovní terapie. Kognitivní terapie probíhala vždy dva a ž tři krát týdně ve skupině a byla doplněna zpětnovazebným rozhovorem. Pracovní terapie byla prováděna formou placené pracovní aktivity na chráněných místech, v případě potřeby byla doplněna individuální podporou terapeuta. Součástí byla i setkávání osob procházejících pracovní terapií. Testováním osob po pěti měsících bylo potvrzeno, že počítačové programy mohou přinášet určitá zlepšení. Prokazatelné výsledky však byly zjištěny pouze u skupiny osob, která prošla oběma způsoby rehabilitace, jednalo se zejména o zlepšení exekutivních funkcí a pracovní paměti. Bell et al. (2001) uvádí, že je to pravděpodobně dáno tím, že při počítačovém tréninku jsou podporovány

konkrétní kognitivní funkce a pracovní terapie pak vytváří přirozený kontext pro komplexní stimulaci veškerých mentálních procesů. Osoba si tak může v přirozeném prostředí a podmínkách generalizovat, procvičovat a posilovat všechny kognitivní funkce.

5.3 Rehabilitační metody zaměřené na rozvoj schopností a dovedností spojených se společenským a pracovním uplatněním

V oblasti práce s osobami s duševním onemocněním se v odborné literatuře objevují dva termíny: psychosociální rehabilitace a psychiatrická rehabilitace – oba dva souvisí s obnovením nebo udržením schopnosti fungování osob s duševním onemocněním v komunitě. V odborné literatuře jsou používány oba termíny zástupně. Navíc je v podobném významu užíván i termín socioterapie jako metoda, která ke svému působení využívá sociálních faktorů a jejímž cílem je zlepšení sociálních dovedností a sociálních vztahů osoby (Marková a kol., 2006, s. 142). Podobně jako rehabilitační metody je i socioterapie určena osobám, které mají výraznější kognitivní deficit nebo negativní příznaky (Tůma, 1999).

Psychosociální rehabilitace je obvykle definována jako soubor psychosociálních intervencí nebo programů, která facilitují proces obnovení optimálního stupně nezávislého fungování člověka v komunitě (Cnaan et al., 1998). Povaha využívaných procesů a metod může velmi variovat, je jim však společné posilování aktivní participace člověka s duševním onemocněním, zaměření na dosažení údravy a sociálních kompetencí a komprehenzivní přístup ke službám zaměstnání, bydlení, volného času, vzdělání a osobním záležitostem (Cnaan et al., 1998). V současné době je psychosociální rehabilitace jedním z nejužívanějších konceptů práce s osobami s duševní poruchou. Rozvoj tohoto konceptu je od 80. let 20. století podporován třemi centry rehabilitace (Vachková, 2008): v Bostonu byla prokázána skutečnost, že i osoba s těžkým postižením sociálních dovedností je za přiměřené a dostatečné podpory schopna stanovit si cíl osobního rozvoje, v Los Angeles byly vytvářeny moduly pro trénink sociálních dovedností (viz níže), a ve Velké Británii byl prokázán vliv prostředí a problém přenosu dovedností zvládnutých v jednom prostředí do druhého.

Velmi podobným způsobem je definována psychiatrická rehabilitace Asociací psychiatrické rehabilitace (USPRA)¹⁶: *„Psychiatrická rehabilitace podporuje údravu, plnohodnotnou integraci do komunity a zlepšení kvality života osob, kterým bylo diagnostikováno psychické onemocnění, jež významně narušilo jejich schopnost vést smysluplný život. (...) Služby psychiatrické rehabilitace spolupracují, jsou na osoby orientované a individualizované. Jejich cílem je pomoc člověku rozvinout dovednosti a zpřístupnit zdroje, které*

¹⁶ Definice převzata z webových stránek asociace <http://www.uspra.org/i4a/pages/index.sfm?pageid=4124> dne 12. 12. 2008.

potřebují využívat, aby byla zvýšena jejich schopnost být úspěšný a spokojený se životem, prací, učením a sociálním okolím, které si vybrali.“ Holistický přístup k psychiatrické rehabilitaci se zaměřením na podporu maximální možné míry samostatného fungování člověka je podmíněn (Kopelowicz et al., 2007):

- maximální participací člověka v oblasti sociální, v oblasti práce, volného času atp.,
- maximální spoluprací odborníků při plánování péče, resp. při naplňování osobních cílů člověka,
- využíváním postupů, které se ukážou jako efektivní, nebo jejichž efektivita byla výzkumně prokázána,
- minimální závislostí člověka na profesionálně poskytovaných službách.

Psychiatrická rehabilitace je založena na předpokladu, že adekvátní sociální fungování je výsledkem tří faktorů (Kopelowicz et al., 2003): 1/ charakteristik jedince (symptomy, kognitivní funkce, dovednosti, zkušenosti atd.); 2/ požadavků okolí na adekvátní fungování; 3/ podpory okolí. Tyto faktory a jejich interakce definují průběh, formu a obsah psychiatrické rehabilitace. Základem celého procesu je definování cílů, které jsou východisky rehabilitačního plánu specifikujícího služby nutné k jeho dosažení.

Rehabilitační postupy tak zahrnují široké spektrum postupů, které jsou zaměřené na přímou podporu klientů, zlepšení kvality jejich života, podporu rozvoje nebo obnovení jejich schopností a dovedností, převzetí odpovědnosti za vlastní život a podporu aktivního a samostatného života ve společnosti. Přestože se ukazuje, že lidé s deficitem kognitivních funkcí dosahují horších výsledků v nácviu psychosociálních dovedností než lidé, u nichž deficitní syndrom nebyl diagnostikován (Kopelowicz, 1997 in Mohr, 1998), je jisté, že pro lidi se schizofrenií v ambulantní péči má taková kombinace přístupů pozitivní význam: pomáhá předcházet relapsu a zmírňuje symptomatologii (Libiger, 1991; Nasrallah et al., 2005).

Úspěšnost rehabilitace, tedy funkční změny u osob s kognitivním deficitem ve třech základních doménách, tj. v oblasti sociální, pracovní a v oblasti bydlení, nejsou přímými následky intervencí, nepřicházejí v tomto smyslu důsledně, výsledky stejných intervencí, stejných rehabilitačních programů jsou u různých lidí rozdílné; výsledky tak mohou být i při zachování stejných podmínek velmi heterogenní (Brekke et al., 2007). Výzkumy ukazují, že funkční výstupy rehabilitačních programů souvisí jak s neurokognicí, tak se sociální kognicí, přesný mechanismus však není úplně objasněn (Brekke et al., 2007). Kognitivní schopnosti jsou omezujícím faktorem při zlepšování dovedností, lepší kognice v počátečním stádiu rehabilitace je spojena s vyšším stupněm funkční změny v následujícím období (Brekke et al., 2007). Liberman et al. (1998) neefektivnost některých rehabilitačních programů pro osoby s těžšími

formami poruchy spojuje s nedostatečným ohledem na kognitivní dysfunkce a výukové obtíže těchto osob. Doporučuje tedy respektování těchto zásad:

1. pomalý a opakovaný trénink po dobu několika měsíců nebo let (nikoli týdnů),
2. příležitosti a podporu při praktikování dovedností v reálném životě,
3. podpora využívání dovedností v komunitě.

Kopelowicz et al. (2007) tyto zásady doplňuje o další, jejichž dodržování by také mělo vést ke zvýšení efektivity rehabilitačních postupů:

4. zvyšování motivace k užívání medikace,
5. zlepšování dovedností spojených s užíváním medikace prostřednictvím self-managementu,
6. prevence relapsů prostřednictvím vypracování plánu prevence relapsů a krizových plánů),
7. dávkování medikace i psychosociálních postupů přiměřeně k fázi onemocnění,
8. posilování partnerství mezi pacientem/klientem a profesionálem prostřednictvím nabízení a respektování voleb,
9. zahrnutí blízkých osob do průběhu léčby.

Intervence musí být individuálně přizpůsobovány stavu neurokognice a sociální kognice, Brekke et al. (2007) je přesvědčen, že vzhledem k nižší účinnosti remediálních postupů, je vhodnější využívat kompenzační postupy. Podobně jsou kompenzační strategie doporučovány jako efektivnější i při práci se seniory nad 65 let (Berry, Barrowclough, 2009). Brekke et al. (2007) také navrhuje, aby některé pedagogicko-psychologické programy (např. Errorless learning nebo Cognitive Adaptation Training) byly integrovány do rehabilitačních programů zaměřených na nácvik dovedností pro uplatnění v komunitě.

Rehabilitační intervence a programy bývají realizovány jak v ambulantních službách, tak v rámci služeb terénních nebo v pobytových zařízeních zdravotnických i v zařízeních sociálních služeb. Kromě již uvedených programů (IPT a CET, které integrují počítačovou rehabilitaci s jinými formami intervence) jsou realizovány další programy určené k rehabilitaci osob zejména s těžší formou duševní poruchy. Intervencím by mělo předcházet vyšetření sociálních dovedností. Některé z užívaných metod jsou uvedené výše. Kopelowicz et al. (2007) doporučuje CASIG - Vyšetření silných stránek, zájmů a cílů klienta, které je tvořeno na základě strukturovaného 60 až 90 minut trvajících rozhovoru terapeuta s klientem a jeho blízkými. Oblasti vyšetření jsou uvedené ve schématu 11.

Schéma 11 – Oblasti zahrnuté ve Vyšetření silných stránek, zájmů a cílů klienta (Client's Assessment of Strengths, Interests and Goals – CASIG) podle Kopelowicz et al., 2007.

CASIG	
Osobní cíle a role	11 oblastí (přátelé, bez péči, peníze, práce, lékařská podpora, léčba ad.)
Kvalita života	10 způsobů chování (zneužívání nůž, kovových látek, napadání, sexuální (těžozování ad.)
Neakceptovatelné způsoby chování v komunitě	Spolupráce s lékařem, vedlejší účinky léků, posoj k léčbě ad.
Užívání medikace	10 oblastí (příprava jídla, práce, volný čas, cestování, pohyb po městě, finance ad.)
Dovednosti funkčního života	5 symptomů (poruchy myšlení a bludy, halucinace, úzkost, deprese, mánie)
Symptomy	Paměť, rozhodování, řešení problémů, pozornost ad.
Kognitivní fungování	Dostupnost, empatie, dovednosti, informace
Kvalita péče	Informovaný souhlas, diskretivnost, zahrnutí osoby do stanovování cílů a rozhodování o péči
Oblasti spirituální a náboženská	
Práva	

Nácvik sociálních dovedností

Sociální dovednosti bývají obvykle definovány jako dovednosti, které jsou uplatňovány při kontaktu, v interakci s druhými lidmi (Možný, Praško, 1999; Matoušek, 2003). V zahraniční literatuře jsou sociální dovednosti spojovány navíc i s dovednostmi potřebnými k samostatnému, nezávislému fungování v komunitě. Kopelowicz a jeho kolektiv (2006) vymezují poměrně široký okruh obecných sociálních dovedností, které jsou ovlivnitelné nácvikem:

- sociální percepce (např. správné vyhodnocení emočních výrazů druhých),
- zpracování sociálních informací (např. správná interpretace významu percipovaných emocí),
- schopnost vyslat a přijmout informace (např. efektivní využívání verbální a neverbální komunikace),
- afiliační dovednosti (např. vyjádření pozitivních vztahů k rodině a přátelům nebo přiměřené využívání sebeodhalení),
- instrumentální rolové dovednosti (např. dovednosti spojené s přípravou jídla, s péčí o byt nebo zaměstnáváním),
- interakční dovednosti (např. zahájení, udržení a ukončení konverzace),
- chování v souladu se sociálními normami (např. mluvit zdvořile s policistou, lékařem).

Osoby s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie se potýkají s řadou obtíží, které souvisí jak s nemocí samotnou (pozitivní i negativní symptomy, medikace, kognitivní deficit) tak

s jejími sociálními důsledky (obtíže v zaměstnání, bydlení, volném čase, sociální izolace, ale i potýkání se se stigmatizací v důsledku nemoci). Kromě těchto oblastí bývají programy nácviku sociálních dovedností zaměřeny i na naučení dovednosti kontaktovat a získat podporu od profesionálních poskytovatelů péče (Tauber et al., 2000). Ve všech uvedených oblastech je možno využít metodu nácviku sociálních dovedností (viz tabulku 3), a to buď přímo v kombinaci s dalšími typy metod a terapií, nebo samostatně.

Tabulka 3 – Problémové oblasti a potřeby, při kterých je možno využít nácvik sociálních dovedností u osob se schizofrenií (Kopelowicz et al., 2006)

Osobní problémy nebo potřeby	Potřebnost nácviku dovedností. oblast
Přetrvávající pozitivní symptomy	Management symptomů, interpersonální komunikace
Negativní symptomy	Verbální a neverbální komunikace a vyjadřování emocí
Vedlejší účinky antipsychotik	Neverbální a motorické dovednosti nutné ke zvládnutí akinézie a parkinsonismu
Narušené schopnosti z důvodu nestimulujícího prostředí	Snižování efektů institucionalizace (zajištění přirozeného kontaktu s okolím, běžné podmínky)
Úzkost ze sociálních kontaktů a vyhýbání se jim	Realizace postupných kroků v komunikaci s druhými v různých situacích; rolové chování a snižování úzkosti
Stresující emoční klima v rodině nebo v práci	Verbální a neverbální deeskalační dovednosti, asertivita namísto pasivity nebo agresivity, dovednosti potřebné k řešení problémů.
Kognitivní deficit	Dovednosti potřebné k řešení pracovních nebo sociálních problémů
Akceptace a stabilizace nemoci, partnerství při léčbě, získání náhledu	Management nemoci; adekvátní užívání medikace; vyjednávání a spolupráce s psychiatrem a dalšími poskytovateli péče; posilování vlastních schopností
Stigmatizace	Asertivita při práci s diskriminací; sebeobhajoba.
Sociální izolace	Zdvořilost v konverzaci (zvyšuje pravděpodobnost, že druhí člověka přijmou). Přátelství, intimita a schopnost domluvit si schůzku (pomáhá zabránit sociálnímu stažení a sociální exkluzi)
Zaměstnání	Dovednost najít a udržet si práci, komunikace se zaměstnavateli a spolupracovníky
Nezávislé bydlení	Dovednosti spojené s bydlením; řešení problémů se spolubydlícími a lidmi v okolí

Samotná metoda nácviku sociálních dovedností, resp. konkrétní metody spojené se získáním a podporou udržení sociálních dovedností, jsou založené na behaviorálním přístupu (Praško a kol., 2007). Průběh a efektivita nácviku je krom jiného velmi výrazně ovlivněna deficitem kognitivních funkcí (Twamley et al., 2002; Kopelowicz et al., 2006). Aby lidé s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie byli schopni z programů využívajících principy nácviku sociálních dovedností profitovat, musí být typ a frekvence nácviku přizpůsobena nejen aktuální sociální situaci a zkušenostem osoby, fázi poruchy nebo stavu dovedností, ale také právě specifickým vyplývajícím z konkrétního profilu kognitivního deficitu. Nácvik by měl být veden tak, aby jeho výsledkem bylo posílení schopnosti člověka fungovat v běžném životě. Proto je

velmi významnou součástí nácviku právě přenos naučených, nově nabytých dovedností z chráněného, podpůrného prostředí instituce nebo nácvikové skupina do běžného, každodenního života člověka. K takové generalizaci dochází, pouze pokud jsou lidé ve výkonech povzbuzováni a pokud mají k tomuto přenosu příležitosti (Kopelowicz et al., 2003; Kopelowicz et al., 2006). Liberman s kolektivem (1998) a Kopelowicz s kolektivem (2006) proto doporučují přenos dovedností přímo zařadit do programu nácviku sociálních dovedností (viz tabulku 4).

Tabulka 4 – Postup nácviku sociálních dovedností u osob se schizofrenií (Kopelowicz et al., 2006)

Kroky	Obsah spolupráce osoby a terapeuta
Identifikace problému	Ve spolupráci s osobou jsou identifikovány překážky, které zabraňují dosažení cíle osoby v běžném životě.
Formulace cílů	Definování cíle a postupných kroků, kterými se osoba bude k tomuto osobnímu cíli postupně přibližovat. Zároveň je specifikována podoba sociálního chování, které je nutné pro úspěšné dosažení kroků (krátkodobých cílů). Terapeut musí získat od osoby detailní informace o tom, které konkrétní dovednosti budou potřeba, v kontaktu s kým budou využívány, kde a kdy.
Hraní rolí a nácvik chování	Osoba demonstruje své verbální, neverbální a paraverbální chování nutné pro úspěšné sociální interakce v interpersonálních situacích, které byly definovány v předchozím kroku jako cíl.
Pozitivní a korektivní zpětná vazba	Zpětná vazba podávaná osobě je zaměřena na kvalitu chování při nácviku prostřednictvím přehrávání rolí.
Sociální modelování	Demonstrace žádoucí podoby chování je prováděna osobou a terapeutem nebo dalším účastníkem (pokud se jedná o skupinový program).
Cvičení vykonávání chování	Osoba opakuje chování do té doby, než je natolik kvalitní, aby s ním osoba mohla zažít úspěch v reálných životních situacích.
Pozitivní sociální posilování	Je podáváno osobě náhodně v situacích, kdy se projeví zlepšení v konkrétní dovednosti nebo chování.
Domácí úkoly	Osoba je prostřednictvím úkolů motivována k implementaci naučeného v reálných podmínkách.
Pozitivní zpevnování a řešení problémů	Na následujícím setkání poté, co osoba praktikovala nově naučené způsoby chování v reálných podmínkách, je pozitivně zpevnováno chování a zároveň jsou řešeny aktuální praktické problémy.

Nácvik sociálních dovedností může probíhat individuálně i ve skupině (Možný, Praško, 1999). Oboje má svá pozitiva i negativa. Zatímco v individuálním přístupu se terapeut může plně věnovat konkrétní osobě, při skupinovém nácviku mohou osoby profitovat i z učení se od druhých, ze vzájemné opory a podpory, reflexe zkušeností druhých osob, jiných názorů atd. V tomto případě je vhodné, aby měly osoby obdobný okruh obtíží (Možný, Praško, 1999). Některé programy využívají mimo podpory profesionálů a podpory členů skupiny navzájem ještě „přítele na telefonu“, který může poskytnout podporu, pokud je potřeba, nebo systematické podpory blízkých osob (Tauber et al., 2000).

Systematický postup vede nejen k úplnému nebo částečnému osvojení dovedností a kompetencí¹⁷ osob se schizofrenií, ale má i protektivní význam: kompenzuje kognitivní deficit a s ohledem na neurobiologickou vulnerabilitu osob se schizofrenií zabraňuje relapsu a případné rehospitalizaci (Kopelowicz et al., 2006). Nácvik sociálních dovedností musí vždy respektovat základní principy učení. Techniky nácviku úspěšných programů vycházejí z předpokladu, že schopnost učení u osob se schizofrenií bývá právě v důsledku kognitivního deficitu narušena, a tak jsou využívány speciálně pedagogické postupy a techniky, které respektují a kompenzují kognitivní dysfunkce osob se schizofrenií:

- Opakování cvičení za průběžně se snižující podpory druhé osoby nebo pomůcky (Kopelowicz et al., 2006).
- Rozčlenění složitějších úloh na dílčí kroky, kterých je možno dosáhnout postupně (Motlová, Koukolík, 2004).
- Zaměření na konkrétní, specifické dovednosti, které člověk skutečně využívá nebo by chtěl využívat (Kopelowicz et al., 2006).
- Minimalizace chyb a zpevňování pozitivních odpovědí a úspěchů (Kopelowicz et al., 2006).
- Využívání pomůcek, zejm. audiovizuálních, písemných, schémat ad. (Lieberman, Silbert, 2005).

Nácvik sociálních dovedností se ukazuje jako velmi efektivní metoda u osob se schizofrenií jak v oblasti zaměstnávání, tak v oblasti bydlení (Tsang, 2001). V České republice je nácvik sociálních dovedností využíván zejména v zařízeních sociálních a zdravotnických služeb, jedná se o nejčastěji používanou rehabilitační metodu (Motlová, Koukolík, 2004). V sociálních službách se však poskytovatelé někdy zaměřují na non-deficitní pacienty, vymezují pro poskytnutí služby taková vstupní kritéria, která do jisté míry eliminují právě lidi s deficitem kognitivních funkcí. Jako jedna z největších překážek se ukazuje nutnost formulovat jasnou zakázku a požadavek poměrně vysoké míry vstupních dovedností v některých oblastech.

V následujícím textu proto budou blíže popsány některé z programů, které jsou využívány v zahraničí: Liebermanovy programy Re-Entry program a Social and Independent Living Skills Program UCLA, Social Skills for Finding and Keeping a Job, Workplace Fundamental Skills Module. Kromě těchto programů, které jsou přímo určeny osobám s duševním onemocněním, existují i programy pro osoby s duálními diagnózami, tedy pro osoby, které trpí duševním

¹⁷ Sociální kompetence je schopnost dosáhnout skutečných, relevantních cílů prostřednictvím interakce s druhými v různých situacích a prostředích – v práci, ve škole, doma, ve volném čase, při zisku péče ad.) (Kopelowicz et al., 2006). Sociální kompetence ovlivňují subjektivní hodnocení kvality života. Oproti tomu sociální dovednosti jsou základní, naučené a na zkušenostech založené způsoby chování, které pokud jsou realizovány v příslušných sekvencích a na příslušných místech v kontaktu s druhými, dovolují osobě zažít úspěch v každodenním životě (Kopelowicz et al., 2006). Zahnují celou škálu lidského chování: verbální, neverbální a paraverbální chování, sociální percepce, efektivní zpracování sociálních informací a závěry a odpovědi na ně, které odpovídají očekávání a respektují pravidla společnosti, asertivita, konverzační dovednosti, emoce atd. Jsou podkladem sociální kompetence.

onemocněním a jsou zároveň závislé na návykových látkách. Tyto programy jsou orientovány na oblasti, v kterých tyto osoby zvýšeně selhávají - na finanční management - Money Management, založený většinou na přípravě finančních plánů, a na management neuzívání návykových látek - Substance Abuse Money Management (Kopelowicz et al., 2007). Například program Comorbid Substance Use Disorders je určen osobám závislým na alkoholu. Byl sestaven tak, aby zohlednil výpovědi cílové skupiny osob s duševním onemocněním, že pod vlivem alkoholu se cítí více začlenění do společnosti a že cítí se uvolněněji. Program je tedy sestaven tak, aby jim přinesl tyto samé pocity. Je tedy zaměřen na podporu rozvoje sociální sítě, alternativní aktivity a práci (Kopelowicz et al., 2003).

Na závěr je potřeba zmínit ještě Bezchybné učení - Errorless Learning jako metodu, která je využívána při nácviku sociálních a pracovních dovedností a která kompenzuje deficit kognitivních funkcí (zejm. v oblasti verbálního učení a paměti). Tato metoda využívá implicitní, procedurální učení, které zahrnuje takové psychomotorické akce, které se opakují v nezměněných podobách a mohou být naučeny „bez přemýšlení“ nebo uvědomování. Nácvik je založen na podrobné analýze úkonu nebo žádoucího chování osoby, které má být naučeno. Jednotlivé, nejmenší a nejjednodušší komponenty jsou pak opakovány a postupně nacvičovány. Tento přístup se osvědčil zejména u nácviku pracovních dovedností (Kopelowicz et al., 2006).

Re-Entry program

Program je určen osobám s těžším, dlouhodobým duševním onemocněním, kteří se připravují na odchod z psychiatrické léčebny a kteří mají snížené schopnosti a dovednosti a zároveň nemají dobré rodinné vztahy nebo jinou podporu ve svém okolí. Reaguje na zkušenost odchodu z chráněného prostředí léčených jako stresující události, která je nezřídka následovaná rehospitalizací. Ta je následkem nedostatečné podpory těchto osob při přechodu a následně při fungování v běžném životě v komunitě. Jeho cílem je podpořit tyto osoby tak, aby mohly žít co nejvíce nezávisle a zároveň s co největším možným uspokojením z vlastního života (Lieberman, Silbert, 2005).

Jedná se o speciální vzdělávací program, který je zaměřen na nácvik dovedností a na posílení dovedností vyhledat a také obdržet podporu od profesionálů v okolí. Lieberman a Silbert (2005) zdůrazňují, že při nácviku je nutné respektovat kognitivní deficit a využívat základní pedagogické principy učení. Program je vysoce strukturovaný. Zahrnuje patnáct setkání zaměřených na následující oblasti (Lieberman, Silbert, 2005):

1. Symptomy a poruchy myšlení
2. Příprava na propuštění
3. Plánování přechodu do komunity

4. Napojení na komunitu
5. Zvládání stresu v komunitě
6. Plánování denního režimu
7. Domlouvání a dodržování schůzek
8. Přínos a vedlejší účinky medikace
9. Vyhodnocení přínosů medikace a její vedlejší účinky
10. Vyřešení problémů s medikací s lékařem
11. Používání plánu prevence relapsů
12. Identifikace varovných příznaků relapsu
13. Vytvoření plánu prevence relapsu

Jako podpora slouží terapeutovi i účastníkům programu manuály, které provázejí veškeré výukové aktivity. Výukové aktivity jsou vždy strukturovány tímto způsobem (Lieberman, Silbert, 2005):

- Úvod: orientace a motivace
- Videonahrávka: učení dovedností prostřednictvím modelování rolí
- Hraní rolí za současného koučování, korigování a pozitivní zpětné vazby.
- Management zdrojů: lidé, finance, doprava a další zdroje potřebné pro život v komunitě
- Řešení problémů: generování možností, jak překonat překážky v každodenním životě
- Cvičení in vivo: provádění činnosti v komunitě za podpory personálu
- Domácí úkoly: samostatné využívání dovedností v každodenním životě.

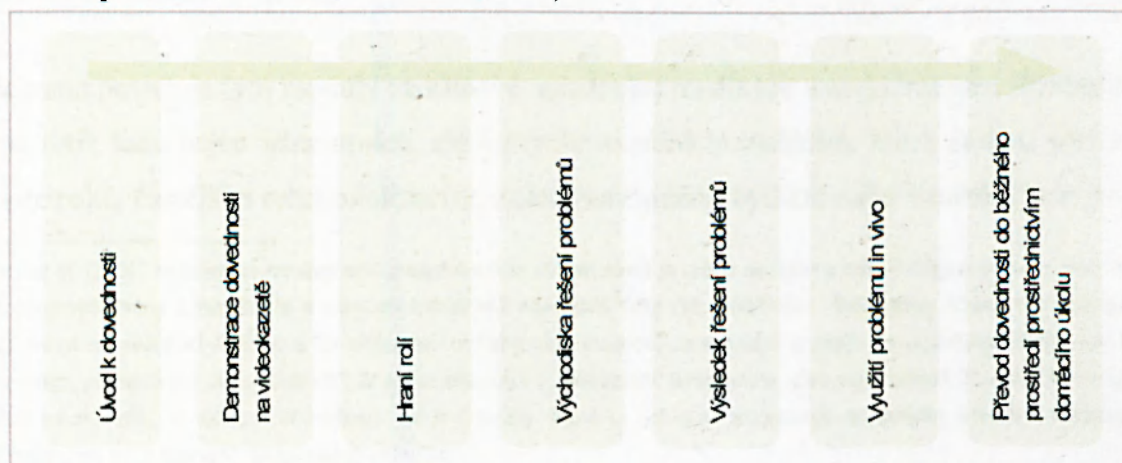
Social and Independent Living Skills Program UCLA

Program UCLA (University of California Los Angeles) zaměřený na zlepšování dovedností spojených se sociálními dovednostmi a dovednostmi nezávislého života (Social and Independent Living Skills Program). Tento program je určen osobám s kognitivním deficitem, kompenzuje nedostatky ve schopnosti učení těchto jedinců, jejichž podkladem je právě deficit základních kognitivních funkcí (Eckman et al., 1992). Proto je vhodný i pro seniory (Kopelowicz et al., 2006). Program je zaměřen na oblast medikace, symptomů, využití volného času a konverzačních dovedností, protože lze předpokládat, že pokud se osoba naučí v sociálních situacích chovat přiměřeně, pak se sníží míra prožívaného stresu (a tím potencionální možnost dekompenzace psychického stavu) a zvýší se subjektivní pocit spokojenosti ze života. Lieberman et al. (1998, příloha 1) dělí program do čtyř modulů podle uvedených oblastí a vymezuje dovednosti sociálního a nezávislého fungování:

1. Modul managementu medikace (identifikace výhod antipsychotické medikace, administrace a vyhodnocování medikace, vážné a mírné vedlejší efekty antipsychotické medikace, vyjednávání o problémech s medikací s lékařem, výhody depotních injekcí)
2. Modul managementu symptomů (identifikace varovných signálů relapsu, vytvoření preventivního plánu relapsu, zvládání přetrvávajících psychotických symptomů, odmítání drog a alkoholu)
3. Modul volného času (identifikace výhod volnočasových a rekreačních aktivit, získání informací o aktivitách, zajišťování, co je potřeba pro aktivitu, vyhodnocování a udržení aktivity)
4. Modul základních konverzačních dovedností (dovednosti aktivního naslouchání, zahájení konverzace, udržení konverzace, ukončení konverzace, vše dohromady)

V každé oblasti nácviku je sedm aktivit a cvičení (Eckman et al., 1992; Kopelowicz, Wallace, Liberman, 2007). Úvod je zaměřen na posílení motivace, vysvětlení cílů a hodnoty nácviku. Ve druhé části se využívá videozáznam, kde jsou demonstrovány dovednosti, které mají být naučeny. Následuje opakování dovedností z videozáznamu nebo hraní rolí. Všechny aktivity jsou navrženy tak, aby se udržovala pozornost osob a byla zajištěna jejich participace. Jsou využívány grafické pomůcky, je podporován maximální zážitek úspěchu a osobám je podávána zpětná vazba (i prostřednictvím videonahrávek). Ve čtvrté a páté části je cílem naučit osoby, jak se vyrovnat nebo překonávat často se vyskytující překážky, které mohou narušovat nově nabyté dovednosti v běžném prostředí, a jak vyhledat zdroje, které jim pomohou s řešením situace nebo se zavedením nových dovedností do běžného života. V těchto částech se provádí opakovaná praktická cvičení, zejména jsou využívány metody přehrávání rolí s různými záměnami. Závěrečná, šestá a sedmá část se zaměřuje na přenos nabytých dovedností do běžného života prostřednictvím realizací aktivit v běžném prostředí a plněním domácích úkolů, které jsou stanoveny na základě dohody mezi klientem a terapeutem (viz schéma 12).

Schéma 12 - Sedm výukových aktivit Social and Independent Living Skills Program UCLA (podle Kopelowicz, Wallace, Liberman, 2007)



Lieberman et al. (1998) porovnával sociální fungování osob v komunitě po dvou letech od doby, kdy osoby v rámci hospitalizace v psychiatrické léčebně absolvovaly buď uvedený program nácviku dovedností, nebo programy zájmových aktivit a terapií. Osoby, které absolvovaly nácvik dovedností, měly signifikantně lepší dovednosti potřebné k nezávislému životu. Toto zjištění by se mělo odrážet v nabídce psychiatrických léčen.

Eckman et al. (1992) doporučuje z uvedeného programu dva moduly, jejichž témata jsou propojená. Jedná se o oblast práce se symptomy: modul Management symptomů a práce s léky: modul Management medikace (viz tabulku 5).

Tabulka 5 - Oblasti dovedností a výukových úkolů self-managementu medikace a symptomů (Medication Management and Symptom Management Modules of the UCLA Social and Independent Living Skills Program; podle Eckman et al., 1992)

Mo- dul	Oblast dovedností	Úkoly
Management symptomů	Identifikace varovných příznaků relapsu	Identifikovat osobní varovné příznaky. Monitorovat osobní varovné příznaky za asistence druhých osob.
	Zvládání varovných příznaků	Využívat podporu poskytovatelů zdravotní péče v rozlišování osobních varovných příznaků od přetrvávajících symptomů, vedlejších efektů léčiv a změn nálady; vytvořit pohotovostní plán pro reakce na varovné příznaky.
	Zacházení s přetrvávajícími symptomy	Rozpoznat a monitorovat přetrvávající osobní příznaky; obdržet podporu poskytovatelů zdravotní péče v rozlišování přetrvávajících symptomů od osobních varovných příznaků, vedlejších efektů léků a změn nálady; vědět, jak s nimi zacházet. Monitorovat denně přetrvávající příznaky.
	Vyhnutí se alkoholu a drogám ¹⁸	Identifikovat negativní efekt alkoholu a drog a výhod z jejich neužívání; odmítat nabídky alkoholu a drog; vědět, jak odolat těmto drogám, tj. zvládat úzkosti / deprese; otevřeně diskutovat s poskytovateli zdravotní péče o užívání alkoholu nebo drog.
Management medikace	Obdržení informací o antipsychotikách	Porozumět, jak léky fungují, proč je užívána udržovací terapie, jaké jsou výhody užívání medikace.
	Znalost správného podávání léku a vyhodnocování účinku	Osvojit si vlastní postupy pro užívání medikace; vyhodnocovat denně odezvu na léky.
	Identifikace vedlejších účinků léků	Znát specifické vedlejší efekty, které mohou doprovázet brání medikace, a postupy, když se ukážou.
	Podpora při podávání medikace s poskytovateli zdravotní péče	Umět si obstarat asistenci, pokud nastanou problémy s užíváním medikace.

Eckman považuje tyto moduly za klíčové: neužívání medikace a nedodržování léčebného režimu má totiž řadu nejen zdravotních, ale i psychosociálních následků, které mohou vést ke zhoršení příznaků, častějším rehospitalizacím, ztrátě zaměstnání, bydlení nebo vztahů. Proto jsou

¹⁸ Kopelowicz et al. (2006) upozorňuje na speciální program v této oblasti, který je určen osobám s duální diagnózou, tedy osobám, kterým byla diagnostikována schizofrenie a zároveň zneužívají návykové látky (vč. alkoholu). Substance Abuse Management Module je zaměřen na prevenci relapsu a na snižování nežádoucích důsledků zneužívání a snaží se účastníky naučit, jak: 1/ ukončit brání drogy, pokud dojde „ke sklouznutí“, 2/ podat informaci o „uklouznutí“ terapeutovi nebo psychiatrovi, 3/ odmítnout drogu od přátel, distributorů atd., 4/ vyžádat si podporu od jiné osoby, která je schopna akceptovat telefonické hovory v krizových situacích, 5/ podílet se na „zdravých“, bezpečných aktivitách.

realizovány programy, jejichž cílem je porozumění nemoci a nácvikem dovedností v této oblasti (Eckman et al., 1992; Kopelowicz et al., 2006). Účastníci se setkávají dvakrát týdně po dobu 6 měsíců.

Lidé, kteří prošli nácvikem dovedností, si osvojili více kompetencí potřebných pro život v běžném prostředí, než ti, kteří se podrobili skupinové terapii, jejíž náplní byla diskuse a v níž nebyly využívány žádné specifické techniky, žádná specifická struktura (Eckman et al., 1992). Efektivita modularizovaného učení byla nezávislá na základní psychopatologii. Eckman et al. (1992) doporučuje, aby tréninkové procedury byly zaměřeny na překonání nebo kompenzaci kognitivních deficitů i negativních symptomů (anhedonie, plochost emocí, snížená motivace, snížené tempo, deprese ad.).

Zmíněný program adaptoval a obdobně využila behaviorálních principů učení pro práci s osobami s těžkým a přetrvávajícím duševním onemocněním Moriana et al. (2006). Oproti Eckmanovi et al. (1992) Moriana et al. (2006) zvolil individuální přístup, kdy multidisciplinární tým docházel přímo do bydliště osoby, a to v prvním týdnu každý den a poté cca jednou až dvakrát týdně po dobu šesti měsíců. I tato forma se ukázala jako velmi efektivní, osoby se zlepšily nejen v konkrétních dovednostech a byla tak zvýšena jejich osobní i sociální autonomie, ale zlepšily se i negativní a pozitivní příznaky a chování osoby vůči rodině. Moriana et al. (2006) však limituje tyto výsledky právě velmi intenzivním kontaktem mezi osobou a členy týmu, který mohl mít na výsledné zlepšení větší vliv než rehabilitační program samotný.

Jiným způsobem využil čtyři programy Tauber a kol. (2000). Základem modifikace byla zkušenost s přenosem naučených dovedností do běžného života u osob s těžkou, dlouhodobou duševní poruchou. V této modifikaci byly využity blízké osoby (včetně poskytovatelů péče), které si osoby se schizofrenií vybraly a které pak podporovaly přenos naučeného do každodenního života osoby prostřednictvím asistence a zásahu v případě, kdy osoby nebyla schopna úkon vykonat samostatně. Výhodou byla možnost poměrně velkého časového vytížení blízkých osob, jejich detailní znalost osoby se schizofrenií, místa jejího bydliště a také blízký vztah k člověku se schizofrenií. Blízkým osobám byla vysvětlena podstata intervence i její postup a byly domluveny podmínky spolupráce. Tato intervence byla kladně hodnocena jak osobami se schizofrenií, tak osobami blízkými. Sociální fungování osob bylo navíc i po šesti a dvanácti měsících signifikantně lepší oproti kontrolní skupině. Jako zásadní se v této aplikaci ukázala podpora osob blízkých (v rámci výzkumu se jednalo o měsíční schůzky jednotlivých párů s výzkumníky).

Social Skills for Finding and Keeping a Job

Program je založen na obecných principech nábviku sociálních dovedností a byl inspirován Libermanovým Social and Independent Living Skills programem. Program je tvořen hierarchickou strukturou dlenou na třetiny (Tsang, 2001). První třetina je zaměřena na základní sociální dovednosti s důrazem na interpersonální komunikaci (v oblasti práce se jedná zejména o úpravu zevnějšku a zdvořilost). Druhá třetina je rozdělena do dvou skupin dovedností, které jsou potřebné pro obecné (udělat dobrý dojem při přijímacím pohovoru, udržení dobrého vztahu s vedoucím, spolupracovníky a nadřízenými ad.) a specifické (týkající se konkrétního pracovního místa) pracovní situace. Třetí třetina je zaměřena na cíle, kterých osoba dosáhla, na reflexi zlepšení v důsledku nabytí nových dovedností (plat, sociální kontakty, struktura času, pocit uspokojení z práce ad.). Program zahrnuje deset setkání, která trvají cca 1,5 až 2 hodiny, může být veden individuálně i skupinově, osoby se schází jednou týdně.

Program je tvořen deseti setkáními, z nichž každé má strukturu typicky používanou v nábviku sociálních dovedností. Setkání začíná ice-breakerovými aktivitami a pokračuje instruktáží, demonstrací a hraním rolí, ukončeno je zpětnou vazbou a domácím úkolem (Tsang, 2001). Setkání jsou zaměřena následovně (Tsang, 2001):

1. přehled dosavadního stavu dovedností, úvod do programu,
2. základní dovednosti: management medikace a symptomů; tyto dovednosti jsou podkladem k získání a udržení práce,
3. (setkání 3 a 4 jsou zaměřena na získání práce) dovednosti vedoucí k získání práce (kontaktování potenciálních zaměstnavatelů, příprava na přijímací pohovor ad.),
4. dovednosti nutné při přijímacím pohovoru,
5. (setkání 5 až 8 je zaměřeno na udržení práce)¹⁹ asertivita jako základní technika interakce s nadřízeným,
6. práce s nepřiměřenými požadavky nadřízených,
7. kooperační dovednosti jako základní požadavek pro interakci se spolupracovníky,
8. sociální dovednosti nutné k řešení problémů se spolupracovníky,
9. a 10. sociální dovednosti nutné k řešení specifických pracovních situací.

¹⁹ Tsang (2001) uvádí příklad seznamu dovedností, který je obsažen ve výukovém sešitu, který obdrží každý frekventant:

1. Domluvit si schůzku kvůli přijímacímu pohovoru
2. Podílet se vhodným způsobem na pohovoru
3. Vhodně se obléci k přijímacímu pohovoru
4. Požádat nadřízeného o dovolení naléhavě opustit pracoviště
5. Řešit problém s nadřízeným,
6. Řešit problém se spolupracovníkem
7. Vyhnout se zapletení do pomlouvání a šíření pomluv
8. Kooperovat se spolupracovníky, řešit s nimi společné úkoly
9. Odmítnout žádost nadřízeného o přesčasovou práci, pokud mám povinnosti v rodině nebo již dohodnutou schůzku
10. Pomoci novému kolegovi (vysvětlení, instruktáž)

Tsang (2001) vyhodnocuje tento program jako efektivní. Klíčový a zcela ojedinělý je však jeho názor (založený na další spolupráci s osobami, které dokončily výše uvedený program), že podpůrná a pokračující podpora osob v zaměstnání je zásadní pro udržení práce. Srovnává to s udržovací antipsychotickou medikací, která je osobám doporučována i v době, kdy došlo ke zlepšení symptomů. Dlouhodobá psychosociální podpora je klíčovým požadavkem pro podporu udržení zaměstnání osob s těžkou, dlouhodobou duševní poruchou.

Workplace Fundamental Skills Module

Nácvik pracovních dovedností je v tomto programu kombinovaný s podporovaným zaměstnáváním. Jedná se o program vysoce strukturovaný, zaměřený na udržení, nikoli hledání práce. Nezahrnuje tedy nácvik takových dovedností, jako je práce s inzeráty, psaní životopisu nebo sebe prezentace na přijímacím pohovoru. Cílem je zvládnutí požadavků konkrétního zaměstnání, předvídání stresových situací, práce s nimi prostřednictvím strategií řešení problémů, ale také subjektivní pocit úspěchu a uspokojení z práce (Wallace, Tauber, 2004). Je proto určen zejména osobám, které zrovna nastoupily do nového zaměstnání. Nácvik probíhá v těchto oblastech (Wallace, Tauber, 2004):

- Jak práce mění život (obecné přínosy práce).
- Učení o zaměstnání (specifické podrobnosti o konkrétním zaměstnání).
- Identifikovat specifické pracovní stresy (identifikovat, v kterých specifických oblastech může vzniknout problém).
- Obecné řešení problémů (učení se sedmikrokové metody k řešení problémů).
- Management symptomů a medikace (řešit problémy se symptomy a medikací)
- Management zdraví a hygieny (zvládání fyzického zdraví a neuzívání návykových látek).
- Interakce vedoucí ke zlepšení výkonu v práci (interagovat s vedoucím, aby byla obdržena zpětná vazba).
- Zlepšení socializace (kultura zaměstnání a interakce v práci a mimo ni).
- Podpora a motivace (vědět, kdo může pomoci, bojovat s demotivací).

Workplace Fundamentals Module je rozdělen do sedmi po sobě následujících vyučovacích aktivit, které jsou velmi podobné Libermanovu programu Social and Independent Living Skills Program. Aktivity přicházejí v následujícím pořadí (Wallace, Tauber, 2004): úvod, demonstrace materiálu na videonahrávce, kde je jasně a jednoznačně prezentováno chování, které má být nacvičeno, cvičení s hraním rolí, generalizace a evaluace řešení, která mají vést k úspěšnému jednání, zkoušení dovednosti v reálných podmínkách, vypracování domácích

úkolů. Podobně jako v Libermanově programu je i zde kromě videonahrávek nácvik podporován vedením pracovní knihy každého účastníka.

Efektivita této metody je prozatím v hodnocení výzkumníků sporná (i když není velký počet relevantních, zejména longitudinálních studií). První z nich však ve srovnání s jinými metodami ukazují na zlepšení subjektivního vnímání zaměstnání a větší spokojenost v práci. Naopak se prozatím neukazuje přínos v délce udržení zaměstnání nebo zvýšení počtu pracovních hodin (Walace, Tauber, 2004). Zdá se, že program je efektivní zejména u mladých lidí (Kopelowicz et al., 2006). Tento program využil i Mueser et al. (2005). Osoby se setkávaly 4 měsíce jednou krát za týden po dobu cca 2 hodin ve skupině 3 až 5 klientů. 3 – 4 měsíce. I zde ve srovnání s kontrolní skupinou, která využívala pouze služby podporovaného zaměstnávání bez nácviku dovedností, nedošlo po 9 měsících od ukončení k velkému zlepšení. Osoby z obou skupin pracovaly stejný počet hodin a měly stejný plat. Rozdíly byly pouze v informovanosti o práci. To může být dáno i výběrem účastníků nácvikové skupiny (dříve poměrně dlouhou dobu zaměstnané osoby s duševní poruchou, průměrný věk 37 let, téměř všichni měli dokončenou střední školu).

6. ŠETŘENÍ V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Tato část bude věnována popisu příprav a průběhu výzkumného šetření. V úvodu pokládám za důležité odůvodnit výběr sociální služby, v které bude provedeno šetření, a také připomenout cíle práce, které souvisí s šetřením v zařízení sociálních služeb, Domově se zvláštním režimem.

Vzhledem k tématu bylo záměrem vybrat sociální službu, ve které lze předpokládat přítomnost osob, které mají nejen duševní onemocnění, ale právě i kognitivní deficit. Jak bylo ukázáno v předešlých kapitolách, kognitivní deficit přímo souvisí se sociálními dovednostmi a potažmo i se soběstačností v péči o sebe a o domácnost a schopností uplatnit se v komunitě. Právě na základě těchto skutečností je osobám se schizofrenií poskytovat sociální služby. U terénních a ambulantních sociálních služeb lze předpokládat, že je využívají lidé, kteří mají poměrně zachovalé sociální dovednosti, jsou schopni fungovat v komunitě za menší podpory (např. při využívání sociální služby následné péče nebo podpory samostatného bydlení nebo některých služeb zaměstnanosti, např. chráněných dílen). Oproti tomu jsou osobám, které potřebují větší podporu z důvodu snížené soběstačnosti, poskytovány pobytové sociální služby.

Zákon č. 108/2006 Sb. vymezuje tyto pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním: odlehčovací služby, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a terapeutické komunity. Z uvedených pobytových služeb byly pro realizaci výzkumného šetření vyloučeny ty, které jsou poskytované dočasně (odlehčovací služby a terapeutické komunity), služby, které v současné době nejsou poskytovány (týdenní stacionáře) a také služba chráněného bydlení, která je v praxi také poskytována dočasně. Pro šetření byla tedy vybrána služba Domov se zvláštním režimem²⁰, která je navíc jako jediná poskytována v České republice tradičně.

²⁰ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

§ 50 - Domovy se zvláštním režimem

- (1) V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.
- (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) poskytnutí ubytování, b) poskytnutí stravy, c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, f) sociálně terapeutické činnosti, g) aktivizační činnosti, h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Vyhláška č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

§ 16 - Domovy se zvláštním režimem

Tato služba byla před nabytím účinností zákona o sociálních službách realizována pod názvem Domov důchodců s psychiatrickou péčí. Tato zařízení byla (a jsou) umístěna v Krásné Lípě, Terezíně a Svojsčicích. Službu využívají (nebo by měli využívat) lidé, jejichž schopnosti a dovednosti jsou natolik snižené, že vyžadují celodenní podporu druhé osoby. Uživatelé služby přicházejí buď z domova, nebo z jiných sociálních služeb, které nemohou využívat, protože potřebují více podpory, ale zejména přímo z psychiatrických léčeben (především z tzv. chronických oddělení). Proto lze předpokládat, že služba bude využívána právě osobami, které vykazují snížení kognitivních funkcí.

Jedním z cílů této práce je na základě měření kognitivního výkonu v psychologických testech potvrdit tento předpoklad a ověřit, zda u sledované skupiny došlo poškození kognitivních funkcí, tj. tedy zjistit a zhodnotit míru kognitivního deficitu. Vzhledem k nedostatku relevantních studií realizovaných v prostředí pobytových sociálních služeb bude výzkumné šetření v terénu věnováno nejen psychologickému vyšetření kognitivních funkcí vybraného souboru uživatelů služby, ale také popisu základních demografických charakteristik této specifické cílové skupiny.

Dále, protože je potřeba práci s těmito uživateli služeb (ve shodě se zahraničními zkušenostmi) přizpůsobit jejich specifickým charakteristikám a potřebám, bude druhá část výzkumného terénního šetření zaměřena na zaměstnance Domova se zvláštním režimem, kteří přímo pracují s uvedenou skupinou osob. Cílem v této části bude zjistit, zda jsou pracovníci deficit kognitivních funkcí identifikovat, jak si chování klientů, ve kterém se projevuje deficit kognitivních funkcí, vysvětlují, zda přizpůsobují svou práci specifickým schopnostem a dovednostem uživatelů a zda uplatňují a využívají některé zásady a specifické postupy práce.

(1) Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech se zvláštním režimem se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) poskytnutí ubytování: 1. ubytování, 2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,
- b) poskytnutí stravy: zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu: 1. pomoc při úkonech osobní hygieny, 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty, 3. pomoc při použití WC,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu: 1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, 2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, 3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, 4. pomoc při podávání jídla a pití, 5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: 1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
- f) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
- g) aktivizační činnosti: 1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, 2. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

6.1 Metodologie výzkumného šetření

Bylo provedeno explorativní, deskriptivní, orientační výzkumné šetření, jehož cílem je získání nových poznatků o skupině osob se schizofrenií využívajících pobytovou sociální službu a o skupině osob, které jsou těmito uživateli služby v přímé péči, prostřednictvím klasifikace a zjištění četnosti výskytu vybraných jevů (Kebza, Pechačová, 2001, s. 11).

Deskriptivní výzkum byl vybrán z těchto důvodů: Kognitivní deficit při schizofrenii u osob využívajících pobytové sociální služby je téma, o kterém toho objektivně příliš nevíme. Představy, které o něm máme, vycházejí zejména z praktických zkušeností. Naprostý nedostatek validních, vědecky přijatelných informací o daných populacích (nebyly dohledány žádné studie věnované skupině osob se schizofrenií využívající Domov se zvláštním režimem a skupině zaměstnanců v přímé péči ve vztahu k definovanému tématu) vede k nutnosti se v tématu nejprve zorientovat a podrobně popsat základní soubor, teprve poté by bylo možno vyjadřovat se ke vztahovým souvislostem (Ferjenčík, 2000). Navíc v současné době jsou na území České republiky pouze tři zařízení obdobného typu s dlouhou tradicí, a tak není cílem práce výsledky nějakým způsobem zobecnit na širší populaci.

Výzkumné šetření bude zaměřeno na zjištění dat v těchto oblastech:

- základní demografické charakteristiky osob se schizofrenií,
- stav vybraných kognitivních funkcí osob se schizofrenií,
- základní demografické charakteristiky zaměstnanců Domova se zvláštním režimem, kteří přímo pracují s uvedenou skupinou osob,
- informace o schopnosti zaměstnanců identifikovat deficit v jednotlivých kognitivních funkcích, o jejich názorech na původ těchto deficitů a způsobech práce, které využívají při práci s těmito uživateli.

6.2 Místo šetření a výběr respondentů

Výzkumné šetření bylo realizováno v Domově se zvláštním režimem Krásná Lípa, který je umístěn ve Šluknovském výběžku. Zařízení má kapacitu 131 uživatelů. Tito uživatelé jsou ubytováni v jednotlivých budovách (tzv. pavilonech), které jsou všechny umístěny v jedné lokalitě (ulici):

- Palmovka (Pavilon I) je největší objekt, v němž jsou umístěna dvě oddělení. Pavilón 1A, kde bydlí 27 klientů ve dvou, tří a dočasně i vícelůžkových pokojích. Druhá část, Pavilón 1B, je určena 28 klientům, kteří žijí v jedno až třílůžkových pokojích.
- Vyhlídka (Pavilon II) je určena pro 34 mužů. Budova je umístěna v lesoparku, jedná se o zrekonstruovaný secesní dům. Uživatelé bydlí v jedno, dvou a třílůžkových pokojích.
- V Domečku (Pavilon III) žije 12 uživatelů. Jedná se o malý rodinný domek, v němž jsou dvou a třílůžkové pokoje.
- Stalingrad (Pavilon IV) je určen pro 20 uživatelů, kteří zde žijí v jedno, dvou a třílůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením a předsíňkou. V tomto pavilonu jsou umístěny rehabilitační místnosti a kantýna.
- Chalupa (Pavilon V) je malá dřevěná budova, kde je umístěno 10 uživatelů, kteří jsou zde ubytováni v jedno a dvoulůžkových pokojích. Pavilon je určen pro osoby, které nejsou tolik závislé na podpoře personálu.
- (Bytovka (Pavilon VI) je malý domek, který dříve sloužil k ubytování zaměstnanců. Jsou zde tři samostatné byty, v nichž by v budoucnosti mohlo bydlet 6-8 uživatelů.)

Objektem šetření jsou osoby s chronickou formou schizofrenie, které využívají sociální služby Domova se zvláštním režimem v Krásné Lípě, a její zaměstnanci. O účast ve výzkumném šetření bylo požádáno celkem šedesát osm osob, třicet osm uživatelů služby a třicet zaměstnanců v přímé péči. Zájem o účast na šetření mělo celkem 54 osob, z nichž 32 tvoří uživatelé a uživatelky sociální služby Domov se zvláštním režimem s diagnózou schizofrenie a 22 jeho zaměstnanci – zdravotní sestry a pracovníci sociální péče.

Respondenti pro skupinu osob se schizofrenií byli vybráni ve spolupráci s personálem na základě zájmu o účast ve výzkumném šetření (tzv. metoda libovolného výběru) a přítomnosti diagnózy schizofrenie. Výzkumné šetření je tedy zaměřeno na velmi úzký okruh osob, které musely splňovat následující kritéria:

- 1/ využívání sociální služby Domov se zvláštním režimem,
- 2/ diagnóza schizofrenie,
- 3/ zájem o účast na šetření;
- 4/ alespoň základní komunikační dovednosti.

Vzorek tedy jistě není reprezentativní, avšak je homogenní vzhledem k základním výběrovým kritériím. O jisté reprezentativnosti by mohlo být uvažováno pouze vzhledem ke skupině osob se schizofrenií využívajících službu Domova se zvláštním režimem (Ferjenčík, 2000). Důvodem k nezájmu o účast mohly být, kromě jiného, i zvýšená míra podezřívavosti,

charakteristická pro některé typy schizofrenie (především paranoidní formu). V průběhu vyšetřování v Domově přišly některé osoby, které se odmítly zúčastnit výzkumu, vyjádřit obavy ze skutečného účelu šetření a ze zneužití dat jejich zprostředkováním dalším osobám nebo institucím. Dvě osoby toto podezření vyjádřily v průběhu úvodního rozhovoru a odmítly další spolupráci. Jako důvody k účasti osoby udávaly zájem o kontakt s další osobou, zpestření denního režimu (vyšetření se odehrávala převážně o víkendech, které nejsou personálně příliš zabezpečeny) nebo zájem dozvědět se něco nového.

Ze skupiny zaměstnanců v přímé péči bylo o spolupráci požádáno celkem třicet osob, z níž jsou za respondenty považovány ty osoby, které navrátily alespoň částečně vyplněný dotazník. Skupina dvaceti dvou respondentů je homogenní vzhledem ke kritériu přímé práce s výše uvedenými respondenty v Domově se zvláštním režimem.

6.3 Použité metody u osob se schizofrenií

K vyšetření kognitivních schopností skupiny osob se schizofrenií byly z dostupných způsobů vybrány standardizované výkonové testové metody, které umožňují srovnání výkonů jednotlivců i zkoumané skupiny s normou. V současné době totiž neexistuje soubor standardních postupů pro měření kognitivního deficitu (viz výše). Neuropsychologové se neshodují v užívaných vyšetřovacích metodách, v hodnocení jejich validity ani v míře, kdy lze výkon sledovaného jedince hodnotit jako deficitní v rámci rozložení výkonů v populaci (Preiss, 2006). Výkon je obvykle označován jako deficitní, pokud je snížen oproti normě (tedy v rámci populační, statistické normy) nebo pokud je snížen oproti předpokládaným nebo skutečným dřívějším výkonům osoby. Předpokládaný dřívější výkon jedince lze zjišťovat například prostřednictvím subtestu Informace z Wechslerova souboru WAIS-R. Přibližnou informaci lze získat i porovnáním aktuálního výkonu a dosaženého nebo započatého vzdělání jedince nebo v porovnání se zaměstnáním, které osoba vykonávala v minulosti.

I přes využívání standardizovaných testů je možné dostupnými metodami učit přítomnost a hloubku kognitivního deficitu vždy jen přibližně. Určitý odhad úrovně kognitivních schopností lze získat i na základě systematického, pečlivého pozorování chování v běžném, každodenním životě osoby nebo rozhovory. Je zde však vysoké riziko subjektivního zkreslení. Takto získaný odhad jistě nepostačuje pro určení přítomnosti kognitivního deficitu. Na druhou stranu je možné, že takto získané informace by mohly být více spjaté s reálným, každodenním životem osoby a mohou tedy sloužit jako další, doplňkový zdroj informací.

V rámci tohoto výzkumného šetření byly osoby s diagnózou schizofrenie vyšetřeny standardizovanými psychodiagnostickými metodami - vybraných subtestů Wechslerových souborů WAIS-R a WISC-III. Metody byly vybrány s cílem charakterizovat vzorek osob se schizofrenií využívajících službu Domova se zvláštním režimem se zaměřením na kognitivní funkce, které při schizofrenii bývají obvykle poškozeny.

Budeme-li uvažovat o validitě takového testování, pak je nutno brát v úvahu skutečnost, že aktuální výkon testovaných osob je ovlivněn řadou faktorů. Na straně vyšetřovaného to mohou být takové charakteristiky, jako jsou zdravotní problémy, hlad, únava, situační úzkost nebo nedůvěra k vyšetřujícímu. Pokud se týká vyšetřujícího, vliv má způsob, jak vyšetřující komunikuje, jeho předsudky a stereotypy v osobních postojích nebo zkušenosti s testováním a cílovou skupinou. Z faktorů prostředí je potřeba zvážit vliv denní doby, v kterou probíhá vyšetření, osvětlení, teplotu, hluk v místnosti nebo vyrušování během vyšetření. Nakonec nesmíme opomenout zcela zásadní faktor, kterým jsou poněkud zastaralé, nedokonalé nebo chybějící normy (Preiss, 2006).

Všechny tyto (a mnoho dalších) faktorů zhoršovat výkon jedince v testových situacích, podobně jako při výkonech v běžném životě. Není možné předpokládat, že by osoby podávaly při vyšetření maximální výkon, ani že by jejich výkonnost v testových situacích měla odpovídat jejich výkonnosti v běžném životě. Nekompatibilitu mezi výkony při testech a v běžném životě tak může způsobovat mimo jiné právě způsob vyšetření, které je realizováno za velmi speciálních podmínek ne příliš podobných reálnému životu.

V předešlém textu však byly prezentovány výsledky řady výzkumů, které ukazují, že v obecné rovině vztah mezi kognitivními funkcemi (resp. výsledky v neuropsychologických testech) a výkony v běžném životě existuje. Na individuální úrovni je pro tento vztah, resp. stupeň, ve kterém je test schopen předikovat chování v běžných situacích, v neuropsychologii užíván termín ekologická validita (Preiss, 2006). Otázka ekologické validity je významná zejména při individuální práci s osobami, kdy výkon v testové situaci může ovlivnit život osoby, resp. kdy chybné měření může vést k nesprávným závěrům nebo nesprávné terapii (Kebza, Pechačová, 2001). Preiss (2006, s. 60) uvádí, že vztah některých testů s výkony v reálném životě je užší (u paměťových testů, zkoušek řeči ad.), u některých je však vyvozemí závěrů z výsledků testů pro praktický život diskutabilní (zejm. u testů exekutivních funkcí). U cílové skupiny této práce lze však samotné narušení dovedností potřebných k životu v běžném prostředí a komunitě již předpokládat právě na základě využívání pobytové sociální služby.

Jak bylo uvedeno výše, výkony jednotlivých osob v testových situacích by mohly být ovlivněny množstvím faktorů. Aby byl jejich výkon v testech co nejlepší, je podle Preisse (2006, s. 50) možné osobě poněkud napomáhat, a to v porozumění zadanému úkolu nebo průběžným motivováním, nikoli při samotném testu. Tuto pomoc je možné realizovat prostřednictvím

opakování a odlišné formulace testových instrukcí, povzbuzováním a ujišťováním se, že osoba instrukci porozuměla, zařazováním přestávek nebo střídáním úkolů. Tato modifikace testových podmínek je dána právě cílem vyšetření – jde o to, zjistit stav kognitivních funkcí, nikoli testovat odolnost osoby vůči zátěži (Tůma, Lenderová, 2001). Přesto lze předpokládat, že teoretická maximální výkonnost osob by mohla být o něco vyšší, než výkonnost měřená prostřednictvím standardizovaných testů. Na druhou stranu ani v běžném životě osoba pravděpodobně nevyužívá svých schopností v maximální možné míře.

Podstatnou součástí šetření byl sběr informací, které charakterizují výzkumný soubor uživatelů služby. Tyto základní informace o uživatelích služby budou získány prostřednictvím dotazníku, který byl vytvořen pro účely tohoto výzkumného šetření. Jeho cílem bylo zjistit skutečnosti bezprostředně se týkající deficitu kognitivních funkcí, tj. onemocnění a údajů z minulosti, které mohou souviset s premorbidním stavem kognitivních funkcí. Jedná se o tyto informace (viz Přílohu – Příklad vyplněného dotazníku Informace o uživateli):

- věk,
- diagnóza (typ schizofrenie),
- další diagnózy spadající do okruhu duševních poruch a poruch chování (alkoholismus, depresivní porucha, maniodepresivní porucha, mentální retardace ad.),
- od kdy se osoba léčí se schizofrenií,
- odkud osoba přišla do Domova se zvláštním režimem (Psychiatrická léčebna, domov, jiná sociální služba ad.),
- délka pobytu v Domově se zvláštním režimem,
- nejvyšší dosažené vzdělání,
- zaměstnání v minulosti.

Dotazník vyplňuje personál v přímé péči na základě souhlasu uživatele služby dle informací obsažených v jeho dokumentaci nebo na základě rozhovoru s uživatelem. V dotazníku bylo ještě uvedeno křesní jméno uživatele, které však bylo vždy bezprostředně po ukončení vyšetření odstraněno.

WAIS-R

WAIS-R, Wechslerův test inteligence pro dospělé v částečné standardizaci pro českou populaci z roku 1983, je úpravou původního Wechslerova testu z roku 1939. Vychází stejně jako všechny ostatní Wechslerovy inteligenční testy z předpokladu, že inteligence je globální funkce, kterou tvoří různé dílčí schopnosti (Svoboda, 1999; Vágnerová, Klenková, 2008). Z tohoto

důvodu jsou testy tvořeny řadou úkolů, které jsou zaměřeny na jednotlivé složky. Test je určen pro dospělé, normy jsou využitelné pro populaci od 16 do 74 let.

Pro výzkumné šetření byly vybrány subtesty, které jsou určeny pro měření kognitivních funkcí v oblastech, v nichž se projevuje deficit. Z WAIS-R byly vybrány tyto subtesty: Informace, Opakování čísel, Porozumění a Podobnosti. Výsledky byly zaznamenány do záznamového archu (viz Přílohu – Příklad vyplněného Záznamového archu pro administraci výsledků subtestů z WAIS-R).

Informace

- **Charakteristika:** Subtest Informace je zaměřen na zjišťování úrovně všeobecné informovanosti prostřednictvím řady otázek, které jsou řazeny od nejlehčích (např. Kolik měsíců má rok?) po nejtěžší (např. Co je etnografie?). Odráží množství, rozsah a úroveň všeobecných vědomostí, které respondent získal ve svém sociokulturním prostředí. Subtest je ukazatelem schopnosti a možnosti získávat informace a uchovávat je v dlouhodobé paměti. Výsledek tedy souvisí se vzděláním a kulturními možnostmi. Svoboda (1999, s. 61) uvádí, že selhávání v lehkých otázkách je signifikantní pro osoby duševně nemocné. Výkon v tomto subtestu bývá v průběhu dospělosti téměř beze změn. Reálný výkon v testové situaci může být velmi výrazně ovlivněn snahou a motivací respondenta, a tak může být výsledek u osob s duševním onemocněním nižší, než je jejich potenciál (Preiss, 2005).
- **Administrace:** Examinátor postupně předčítá ze záznamového archu 29 otázek, respondent na ně odpovídá. Odpovědi si examinátor zaznamenává a porovnává jejich správnost s klíčem.
- **Skórování:** Za každou správnou odpověď respondent získává jeden bod. Maximálně tedy může získat 29 bodů.

Opakování čísel

- **Charakteristika:** Tento subtest má dvě části, v obou osoba opakuje řadu čísel. V první části v takovém pořadí, v kterém ji řekl vyšetřující (část Přímé opakování čísel), ve druhé pozpátku (část Opakování čísel pozpátku). Obě části subtestu jsou tvořeny vždy sedmi dvojicemi číselných řad. Tyto řady jsou tvořeny od tří do devíti čísel (např. 6-4-3-9 a 7-2-8-6). Tento subtest v obou částech měří kapacitu opakování, auditivní paměť a schopnost zaměřit a udržet pozornost. Opakování čísel pozpátku je navíc spojováno s pracovní pamětí, protože proband je nucen si čísla nejen zapamatovat, ale navíc s nimi i aktivně manipulovat. Přestože tento test je primárně zaměřen na kapacitu krátkodobé paměti, Preiss a kol. (2007, s. 31) uvádí, že pozornostní složka je v tomto subtestu pravděpodobně mnohem důležitější,

než paměťová. Svoboda (1999, s. 62) dodává, že pokud osoba není schopna zopakovat pět čísel popředu a tři pozpátku, je téměř vždy v pásmu podprůměru, pokud se celkové inteligence týká.

- **Administrace:** Examinátor předčítá řady, respondent se je snaží podle pokynů zopakovat ve stejném pořadí, ve druhé části pak pozpátku. Pokud proband není schopen zopakovat alespoň jednu ze dvou stejně dlouhých řad, examinátor dále nepostupuje.
- **Skórování:** Respondent získává vždy dva body za úspěch v obou pokusech, jeden bod za úspěch alespoň v jednom pokusu ze dvojice stejně dlouhých řad.

Porozumění

- **Charakteristika:** Subtest je tvořen řadou šestnácti otevřených otázek, které jsou zaměřeny na obecné znalosti a schopnost jejich využití v běžném životě (např. Proč pereme prádlo? Proč musíme platit daně?). Náročnější úlohy vyžadují porozumění obecnému významu jevu (Vágnerová, Klenková, 2008). Subtest tedy měří logický úsudek, schopnost uplatnit dřívější vědomosti, porozumění realitě, ale také sociální postoje (Svoboda, 1999). Úspěšné zodpovězení otázek závisí na jejich pochopení. Důvodem selhání však kromě nepochopení úkolu může být i špatný úsudek nebo neznalost situace z důvodu nedostatku zkušeností nebo z důvodu úzce zaměřeného, specifického úkolu (Vágnerová, Klenková, 2008). V závěru subtestu je proband požádán o vysvětlení dvou přísloví. Jejich interpretace je zkouškou symbolického myšlení.
- **Administrace:** Examinátor pokládá respondentovi otázky a zaznamenává jeho odpovědi, který poté porovnává s klíčem.
- **Skórování:** Respondent může získat za každou odpověď až dva body. Maximálně může získat 32 bodů.

Podobnosti

- **Charakteristika:** Subtest je tvořen čtrnácti páry slov, které examinátor postupně předčítá. Proband hledá pojem, který je společný (nadřazený) dané dvojici slov (např. šaty - kabát, vejce - zrno). Výsledky ukazují na logický charakter myšlenkových pochodů probanda.
- **Administrace:** Examinátor předčítá dvojice slov, proband hledá, v čem jsou si pojmy podobné nebo co mají společného.
- **Skórování:** Respondent může získat za každou odpověď až dva body. Dva body získává za odpověď, která obsahuje nadřazený obecný pojem, který je přiměřený dvojici pojmů. Jeden

bod získává respondent za odpověď, v které definuje specifickou, společnou vlastnost nebo funkci uvedených pojmů nebo v které je obsažen pojem méně přiměřený dvojici slov.

WISC-III

Další Wechslerův test, WISC-III, je určen k měření inteligence dětí ve školním věku (od osmi let). Opět je tvořen několika úkoly, které jsou zaměřeny nejen na celkovou míru inteligence, ale i na další faktory zahrnující některé kategorie rozumových schopností (Vágnerová, Klenková, 2008). Test určený k vyšetření pozornosti dětí byl vybrán z důvodu obtížnosti a předpokladu poškození kognitivních funkcí u probandů.

Hledání symbolů

- **Charakteristika:** Test je tvořen dvěma vzorovými položkami, dvěma zácvičnými položkami a dále třemi stranami symbolů v patnácti řadách (tj. celkem 45 řádky testových úkolů). Každá řada je tvořena celkem sedmi více či méně podobnými symboly (\perp , \pm , \supset , \approx , \cup atp.). Respondent porovnává, zda se některý z prvních dvou symbolů opakuje v řadě následných pěti symbolů v řádku (aktivně vyhledává, zda se alespoň dva ze symbolů v řádku shodují). Řada symbolů tedy obsahuje jeden, dva, ale také žádný z porovnávaných symbolů, zbytek jsou necílové podněty, tzv. distraktory (Sternberg, 2002, s. 106). Test je zaměřen na funkci vědomé pozornosti. Výkon v tomto subtestu ukazuje nejen na schopnost udržení koncentrace a flexibility přenášení pozornosti, ale také na vizuální percepci a krátkodobou paměť (Vágnerová, Klenková, 2008). Pro výzkumné šetření byl vybrán subtest Hledání symbolů ve variantě B. V příloze je uveden příklad respondentem vyplněného subtestu WISC-III.
- **Administrace:** Respondentovi je vysvětlen úkol prostřednictvím vzorových a zácvičných položek. Poté je požádán, aby sám pokračoval ve vyplňování testu. Respondent označuje odpověď „ano“ nebo „ne“, podle toho, zda je přesvědčen o tom, že alespoň jeden z požadovaných symbolů se v řádku vyskytuje.
- **Skórování:** Respondent získává bod za každou správnou odpověď.

6.4 Použité metody u personálu

Druhou cílovou skupinou výzkumného šetření je personál, zaměstnanci Domova se zvláštním režimem v přímé péči. Původní výzkumný záměr tuto skupinu nezahrnoval, zájem o její zapojení vznikl až na základě náhodných rozhovorů o problematice kognitivního deficitu s

některými z nich během pobytu v zařízení. Důvodem byla jednak snížená informovanost zaměstnanců o problematice kognitivních funkcí, jednak právě skutečnost, že tito pracovníci s osobami s deficitem kognitivních funkcí nejvíce spolupracují při poskytování sociální služby. Původním záměrem bylo vést s osobami strukturované rozhovory, ale to se ukázalo z mnoha důvodů (samotné charakteristiky zaměstnání, obavy z nezajištění anonymity ad.) jako obtížně realizovatelné.

V této skupině bylo uskutečněno anonymní dotazníkové šetření. Využití dotazníku má samozřejmě řadu rizik a nevýhod. Kebza a Pechačová (2001, s. 50) uvádějí nemožnost upřesnit si obsah odpovědi, absenci kontroly porozumění, závislost na schopnosti písemného vyjadřování, nízkou návratnost a tedy ve výsledku zvýšenou možnost zkreslení výsledků. Přes tyto nevýhody byl zkonstruován monotematický dotazník tvořený řadou otevřených otázek. Obsah některých otázek se záměrně mírně překrývá, aby bylo možno vzájemným srovnáním odpovědí odhalit tendenci, která respondentů charakterizuje (Surynek a kol., 1999). Dotazník byl zaměřen jednak na zjištění základních informací o zaměstnancích, jednak na schopnost zaměstnanců rámcově identifikovat deficit kognitivních funkcí, jeho projevy a přizpůsobit mu svou práci s osobami, které ho v každodenním, běžném životě vykazují (viz tabulku 6).

Respondenti v úvodu uváděli své pracovní zařazení, vzdělání a délku praxe v práci s osobami se schizofrenií. Dotazník dále obsahoval 13 otázek týkajících se deficitu kognitivních funkcí, z nichž ke každé náležely tři podotázky. Otázky byly formulovány tak, aby se týkaly projevů kognitivního deficitu klientů v běžném životě, tak, jak by s ním pracovníci mohli mít zkušenost. Dotazy byly rozděleny do tří skupin v souladu s teoretickými poznatky o deficitu kognitivních funkcí: 1. pozornost, 2. paměť a 3. exekutivní funkce. Zaměstnanci byli dotazováni, zda se s konkrétní podobou deficitu v oblasti setkávají, a dále, jak se tento konkrétní deficit objevuje v jejich každodenní praxi, jak si takové projevy v chování klienta vysvětlují a zda využívají nějaký postup, který jim pomáhá v řešení těchto situací. Příklad vyplněného dotazníku je uveden v Příloze.

Tabulka 6 – Zaměření oblastí a otázky dotazníkového šetření

Oblast		<p>Níže jsou uvedené položené otázky, které byly vždy doplněny následujícími otázkami:</p> <p>Pokud ano, jak se uvedená skutečnost projevuje ve Vaší každodenní praxi? Vybavujete si nějaký příklad takové situace?</p> <p>Jak nebo čím si to vysvětlujete?</p> <p>Jak v takové situaci reagujete? Máte nějaký postup, který Vám a klientovi pomáhá v řešení těchto situací?</p>
Pozornost	Doba (délka) udržení pozornosti	1. Stává se, že někteří klienti neudrží pozornost tak dlouho, jak byste očekávala?
	Doba (délka) udržení pozornosti	2. Stává se, že se někteří klienti nedokážou příliš soustředit?
	Udržení pozornosti na jednom objektu / neschopnost udržení pozornosti, tékání	3. Stává se, že klient není schopen udržet zaměřenou pozornost na určitou činnost či objekt?
	Udržení pozornosti na jednom objektu / neschopnost udržení pozornosti, tékání	4. Stává se, že klient téká z předmětu na předmět?
	Udržení pozornosti na jednom objektu / neschopnost udržení pozornosti, tékání	5. Stává se, že klient často mění témata hovoru?
	Přesun pozornost – ulpívání	6. Všimla jste si někdy, že by měl klient problémy s přesouváním pozornosti?
	Přesun pozornost – ulpívání	7. Všimla jste si někdy, že by klient na určitých objektech nebo činnostech ulpíval nebo se stále vracel ke stejnému předmětu nebo tématu?
	Schopnost udržet pozornost při činnosti, schopnost soustředit se.	8. Stává se, že se klient nechá snadno rozptýlit?
Paměť	Krátkodobá paměť – vybavení informace	9. Stává se, že klient má obtíže při vybavování informací, které jste mu před chvílí podala?
	Dlouhodobá paměť – vybavování informací	10. Setkáváte se s tím, že si klient špatně vybavuje informace ze vzdálenější minulosti?
Exekutivní funkce	Volní schopnosti	11. Stává se, že někdy klient nemá dostatek vůle, že není schopen dělat něco systematicky?
	Volní vlastnosti, schopnost stanovit si cíle	12. Setkáváte se s tím, že klient má obtíže při stanovování svých cílů?
	Volní vlastnosti, schopnost plánovat postup k dosažení cíle	13. Setkáváte se s tím, že klient má obtíže při plánování postupů, jak cílů dosáhnout?

6.5 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření proběhlo v Domově se zvláštním režimem v Krásné Lípě v říjnu až listopadu 2008. Průběh se lišil pro skupinu osob se schizofrenií a skupinu zaměstnanců.

Osoby se schizofrenií

Sběr výzkumných dat v tomto souboru probíhal individuálně. Vyšetření bylo vedeno s cílem zjistit stav vybraných kognitivních funkcí prostřednictvím pěti různých subtestů, avšak pořadí jednotlivých subtestů bylo voleno individuálně v závislosti na stavu, podmínkách a požadavcích vyšetřované osoby.

Po úvodním navázání kontaktu byli respondenti srozumitelným způsobem informováni o účelu šetření a o organizačních záležitostech souvisejících s průběhem vyšetření (ujištění o anonymitě a důvěrnosti sdělených informací, způsob jejich zpracování, délka vyšetření, občerstvení atp.). Dále byly rozhovorem ověřeny údaje obsažené v dotazníku, který předem zpracoval personál v přímé péči.

V průběhu této úvodní fáze byl získán základní přehled o orientovanosti, komunikačních dovednostech a motivaci respondentů, ale i určitý, samozřejmě velmi hrubý, odhad jejich kognitivních funkcí. Někteří se navíc po vysvětlení účelu vyšetření sami vyjadřovali se stavu svých kognitivních funkcí a potvrzovali obtíže (především v oblasti paměti). V průběhu vyšetření pak byly patrné poruchy pozornosti (osoby začaly něco vyprávět, ale nebyly schopny příběh dokončit).

Ve druhé fázi probíhalo psychologické vyšetření, které mělo obvykle následující pořadí:

1. WAIS-R - Informace
2. WAIS-R - Opakování čísel
3. WAIS-R - Porozumění
4. WAIS-R - Podobnosti
5. WISC-III - Hledání symbolů

Aby byl výkon osob co nejlepší, bylo snahou eliminovat v co nejvyšší možné míře rušivé faktory a maximalizovat komfort osoby při vyšetření. K tomu byly využity následující prostředky:

- Vyšetření probíhalo na místě vybraném respondentem. Respondenti vybírali místo v soukromí (vyšetřovna, vlastní pokoj apod.), ale i místa veřejná (kuřárna, chodba, jídelna ad.), kde vyšetření probíhalo za přítomnosti dalších osob (uživatelů služby). Přestože obecně lze říci, že přítomnost druhých u vyšetření je rušivá, v uvedených případech měla přítomnost druhých na respondenty i kladný vliv (motivace a povzbuzování druhými, zklidňující přítomnost známých osob ve stresující situaci, vytváření relaxačních přestávek mezi jednotlivými subtesty atp.).
- Respondentům bylo nabídnuto občerstvení, čímž došlo k celkovému snížení formálnosti situace.

- Respondentům byly instrukce opakovány (zejm. pokud se osoba nebyla schopna na vyšetření soustředit, nebo pokud respondent zapomněl instrukci v průběhu vyšetření, např. u subtestu Hledání symbolů z WISC-III).
- Testové instrukce byly odlišně formulovány (např. tak, aby byly více podobné běžné řeči osob nebo byly spojeny s motivační pobídkou).
- Respondenti byli při výkonu povzbuzováni. Pokud to bylo vhodné, byla jim podána zpětná vazba o úspěšnosti výkonu.
- V průběhu subtestu Hledání symbolů z WISC-III, ale i subtestu Opakování čísel a Podobnosti z WAIS-R, bylo nutné se ujišťovat, zda respondent porozuměl instrukci.
- V průběhu vyšetření byly, pokud to bylo nutné, mezi jednotlivé subtesty zařazovány přestávky, a to buď v podobě relaxačních hovorů na různá témata, která osoby zaujala (např. pokud v průběhu subtestu informace respondent vyjádřil zájem o geografii), nebo bylo vyšetření na krátkou dobu přerušeno (respondent odešel vyhledat nějaký předmět, najíst se, kouřit atp.). U některých respondentů bylo nutné zařazovat přestávky i mezi jednotlivé úkoly subtestů.
- Odložení vyšetření respondenta na jiný termín, a to po vzájemné dohodě.

Celková doba vyšetření se pohybovala od 20 do 90 minut, a to zejména v závislosti na charakteristikách konkrétních respondentů. K prodloužení vyšetření vedla zejména nutnost využití výše uvedených opatření, ale také tendence některých uživatelů uhýbat od předložených úkolů a témat k tématům vlastním, nebo ulpívání na některých předložených tématech (zejména otázky subtestu Porozumění vedly některé respondenty k obsírnějšímu vyprávění). Na druhou stranu někteří respondenti nebyli schopni celé vyšetření dokončit ani za velké podpory.

Zaměstnanci Domova se zvláštním režimem

O spolupráci bylo požádáno třicet osob z řad personálu v přímé péči. Na vyplnění dotazníku měly tyto osoby dva týdny. U většiny z nich nedošlo k přímému kontaktu mezi nimi a tazatelem, dotazníky distribuovala manažerka přímé péče. Z těchto třiceti oslovených osob dotazník vyplnilo celkem 22. Tato skupina je v práci dále označována jako respondenti z řad zaměstnanců nebo personálu v přímé péči.

6.6 Zpracování dat

Získaná data byla zpracovávána kvantitativním způsobem. Údaje z dotazníků a výsledky neuropsychologických vyšetření budou kategorizovány a statisticky zpracovány tak, aby byla

zjištěna četnost výskytu jednotlivých charakteristik v souboru. Data jsou prezentována v tabulkách rozdělení absolutních, příp. relativních četností, průměrné hodnoty budou ilustrovány aritmetickými průměry a mediány, variabilita bude ilustrována prostřednictvím rozptylu, směrodatných odchylek a variačních koeficientů²¹. Pro zvýšení přehlednosti budou vybrané výsledky prezentovány v tabulkách a grafech.

Zpracování výsledků Wechslerových subtestů

Výsledky Wechslerových subtestů budou porovnány s manuálem a výkonům budou přiřazeny vážené skóry. Vážený skór je přiřazován výsledku probanda podle počtu bodů v závislosti na náročnosti úkolu a věku probanda a vyjadřuje srovnání jeho výkonu s populační normou.

V literatuře lze nalézt různá vymezení hranic, od kterých lze výkony osoby považovat za deficitní. Kučerová, Říhová (2006, s. 208) uvádějí několik různých pojetí, kde je za hranici deficitu považován výkon jedince v testových situacích snížený od 0,5 až do 2 směrodatných odchylek od normy. Tůma a Lenderová (2001) považují za mírný deficit výkon od -0,5 do -1, středně těžký kognitivní deficit -1,1 až -2, těžký deficit -2,1 až -5 směrodatných odchylek od průměru. Obvykle je pro mírnou kognitivní poruchu užívána hranice -1,5 směrodatné odchylky (Preiss, 2005). V rámci této práce budou považovány za deficitní výkony od -1 směrodatné odchylky (včetně) a méně (viz Tabulku 7).

²¹ V práci budou využívány následující statistické termíny:

Počet hodnot: Celkový počet hodnot získaný v subtestu. Je vždy roven počtu respondentů. **Minimální hodnota:** Nejnižší hodnota respondentem získaného váženého skóru v subtestu.

Maximální hodnota: Nejvyšší hodnota respondentem získaného váženého skóru v subtestu.

Z těchto dvou údajů lze odečtením minimální hodnoty od maximální vypočítat variační rozpětí. Vzhledem k tomu, že tato hodnota neposkytuje žádnou informaci o charakteru rozložení, bude využito rozptylu a směrodatné odchylky (viz níže).

Průměr: Hodnota aritmetického průměru všech výsledků subtestu využita jako údaj vyjadřující souhrnně velikost všech vážených skórů u všech respondentů (Surynek a kol., 1999, s. 106). Vzhledem k tomu, že výsledek nezohledňuje větší či menší homogenitu dat, budou využity ještě další způsoby charakterizování zkoumaného souboru.

Medián: Prostřední, centrální hodnota naměřená uprostřed řady všech výsledků subtestu, před ní a nad ní se nachází polovina rozsahu souboru. Vzhledem k sudému počtu výsledků bude uveden aritmetický průměr dvou prostředních hodnot (Škaloudová, 1998).

Rozptyl: Hodnota vyjadřující rozptýlení jednotlivých naměřených hodnot kolem průměru, tedy jak jsou jednotlivé hodnoty seskupeny kolem průměru. Počítá se jako průměr čtverců odchylek všech naměřených hodnot od průměru (Škaloudová, 1998).

Směrodatná odchylka: Hodnota poskytuje relativně nejpřesnější hodnocení proměnlivosti souboru hodnot (Surynek a kol., 1999, s. 108). Vypočítá se jako odmocnina z rozptylu, větší odchylky jsou tak zohledňovány více než odchylky malé.

Čím jsou standardní odchylka nebo variance větší, tím více je rozdělení rozptýleno kolem průměru (Škaloudová, 1998), naopak čím jsou menší, tím více je výsledek pro danou skupinu reprezentativní.

Variační koeficient: Hodnota využívaná k porovnání více souborů dat. Vyjadřuje, kolik procent z průměrné hodnoty činí směrodatná odchylka (Chráška, 2007, s. 54)

Tabulka 7 - Wechslerovy vážené skóry, počty směrodatných odchylek a kognitivní funkce

Wechslerovy vážené skóry (Preiss, 2007)	Počet směrodatných odchylek od průměru (Preiss, 2007)	Poškození kognitivních funkcí (Preiss, 2005)	Rozlišení stupňů poškození kognitivních funkcí využitě v této práci	
-	3 2/3	Nadprůměrný výkon	Výrazně nadprůměrné kognitivní funkce	
-	3 1/3			
19	3			
18	2 2/3			
17	2 1/3			
16	2			
15	1 2/3			
14	1 1/3			
13	1	Nadprůměr	Nadprůměrné kognitivní funkce	
12	2/3	Průměr (norma)	Mírně nadprůměrné kognitivní funkce	
11	1/3		Průměrné kognitivní funkce	
10	0		Podprůměrné kognitivní funkce	
9	-1/3		Podprůměr	Mírně poškozené kognitivní funkce
8	-2/3	KOGNITIVNÍ DEFICIT		Poškozené kognitivní funkce
7	-1			Značně poškozené kognitivní funkce
6	-1 1/3	Mírně poškozené funkce	KOGNITIVNÍ DEFICIT	
5	-1 2/3			
4	-2			
3	-2 1/3			
2	-2 2/3			
1	-3	Značně poškozené kognitivní funkce	KOGNITIVNÍ DEFICIT	
-	-3 1/3			
-	-3 2/3			

7. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Jedním z cílů této práce je popsat specifickou skupinu osob se schizofrenií využívající služby Domova se zvláštním režimem se zřetelem na stav jejich kognitivních funkcí, a v návaznosti na to zjistit, jak vnímá deficit kognitivních funkcí personál tohoto zařízení a zda přizpůsobuje své způsoby práce jeho projevům. V této části práce budou prezentovány výsledky výzkumného šetření. Bude charakterizována skupina respondentů, osob se schizofrenií využívající službu domova se zvláštním režimem, a budou představeny výsledky vyšetření kognitivních funkcí. Dále bude popsána skupina personálu, zaměstnanců domova se zvláštním režimem v přímé péči, její pohled na deficit kognitivních funkcí a vliv deficitu na postupy uplatňované v práci s klienty.

V příloze jsou uvedeny demografické charakteristiky a zpracované výsledky vyšetření kognitivních funkcí dvou respondentů.

7.1 Demografické charakteristiky skupiny respondentů - osob se schizofrenií využívající službu Domova se zvláštním režimem

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 32 osob, z toho 16 mužů a 16 žen. V této kapitole budou prezentovány základní charakteristiky zkoumaného souboru: věk; diagnóza (typ schizofrenie); další diagnózy spadající do okruhu duševních poruch a poruch chování, které mohou mít vliv na kognitivní funkce osoby; doba, po kterou se osoba léčí se schizofrenií; informace o tom, odkud osoba přišla do Domova se zvláštním režimem; informace o nejvyšším dosaženém vzdělání a zaměstnání v minulosti. Poslední dvě skupiny informací by měly do jisté míry vypovídat o premorbidním stavu kognitivních funkcí.

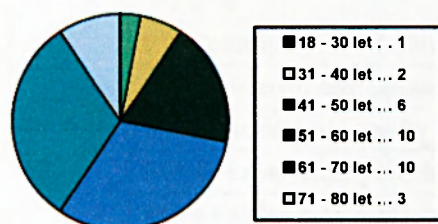
Věk respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 32 osob ve věku od 29 do 75 let (viz graf 1 a tabulku 8). Převážné většině osob bylo mezi 40-ti a 70-ti lety. V celém souboru byl průměrný věk respondentů 55,8 let (medián 58 let), průměrný věk žen byl vyšší (58,4 let) a mužů nižší (53,3 let). Devíti osobám (28,1 %) bylo méně než 50 let, dvaceti třem (71,9 %) osob bylo více než 50 let.

Ve skupině žen bylo nejmladší ženě 41 let, nejstarší 73 let. Nejmladšímu muži bylo 29 let, nejstaršímu 75 let. Ve výzkumném souboru tady nebyly věkové kategorie zastoupeny rovnoměrně vzhledem k pohlaví respondentů. Službu využívají ženy spíše ve středním a starším

věku, zatímco muži jsou v jednotlivých věkových kategoriích více rozloženi. Podobně jako v běžné populaci jsou v kategorii osob nad 50 let zastoupeny spíše ženy.

Graf 1 – Rozložení respondentů (mužů i žen) podle věku



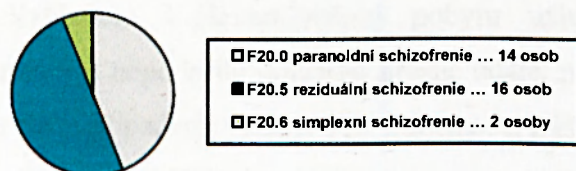
Tabulka 8 – Přehled věkového rozložení žen a mužů

Věková skupina	Ženy (N = 16) četnost	Muži (N = 16) četnost
18 – 30 let	0	1
31 – 40 let	0	2
41 – 50 let	3	3
51 – 60 let	5	5
61 – 70 let	7	3
71 – 80 let	1	2
Průměr (v letech)	58,4	53,3
	55,8	
Medián (v letech)	60,5	53
	58	

Diagnóza respondentů

Diagnóza schizofrenie byla vstupním kritériem pro zařazení do výzkumného souboru, vykazují jí tedy dle dokumentace všichni respondenti. V souboru převažovala diagnóza reziduální (16 osob) a paranoidní (14 osob) schizofrenie, pouze u dvou osob byl diagnostikován jiný (simplexní) typ schizofrenie (viz graf 2). U osmi osob byl ve spisu kromě schizofrenie konkrétního typu uveden ještě defekt osobnosti, postprocesuální nebo postpsychotický defekt.

Graf 2 – Formy schizofrenie u respondentů



Komorbidity

Kromě schizofrenie byly v dokumentaci některých respondentů uvedeny ještě další poruchy spadající do kategorie duševních poruch nebo poruch chování (viz tabulku9). Výskyt jiných somatických onemocnění nebyl sledován z důvodu absence jejich vlivu na kognitivní funkce osob. Souběh onemocnění může nejen snižovat schopnosti a dovednosti osob, ale může i zvyšovat nároky na schopnost spolupráce mezi osobou a personálem, u některých se může dále

prohlubovat snížení kognitivních funkcí (například u souběhu schizofrenního onemocnění a alkoholismu). U tří osob byl zjištěn souběh více než dvou duševních poruch.

Tabulka 9 – Přehled četnosti dalších poruch a onemocnění spadající do kategorie duševních poruch nebo poruch chování.

Porucha	Četnost
F10 Poruchy vyvolané užíváním alkoholu (škodlivé užívání v minulosti)	3
F32 Depresivní fáze (afektivní porucha)	1
F44 Dissociativní poruchy	2
F48 Jiné neurotické poruchy	3
F60 a F61 Poruchy osobnosti	3
F70 Mentální retardace (mírná)	7

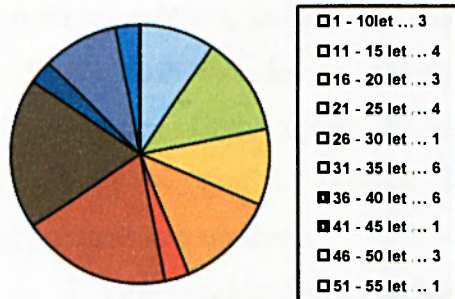
Některé z uvedených poruch mohou mít výrazný vliv na aktuální stav kognitivních funkcí osoby. Kromě mentální retardace má tento vliv i užívání alkoholu v minulosti (do této kategorie byly zařazeny pouze osoby, u kterých byl v minulosti nebo současnosti diagnostikován alkoholismus). U osob s mentální retardací není na základě aktuálního měření kognitivních funkcí možné určit, jak velké poškození se u osoby vyskytovalo premorbidně a jaké je důsledkem schizofrenie. Nejenže nejsou dostupná vyšetření z doby před propuknutím nemoci, ale navíc některé výzkumy upozorňují na premorbidní změny kognitivních funkcí již v premorbidním stádiu schizofrenie. Podobně u osob v minulosti závislých na alkoholu není možné určit, zda jsou kognitivní funkce případně poškozeny v důsledku užívání alkoholu nebo v důsledku schizofrenie, případně který z faktorů a jakým způsobem se na výsledném poškození podílel.

Délka onemocnění (resp. léčby) respondentů

Vzhledem k dlouhodobému pobytu uživatelů v domově se u některých z nich v dokumentaci nepodařilo dohledat přesné údaje, pokud se týká délky léčby. V tomto bodě tedy byly ve třech případech využity jiné informace, z kterých bylo možno vyvodit, že minimálně v té době se již uživatel léčil s psychickým onemocněním (záznamy o pobytu v psychiatrické léčebně nebo rozhodnutí o zbavení způsobilosti k právním úkonům s uvedením důvodů). Je však možné, že tito uživatelé se léčí delší dobu, než je uvedeno.

Průměrná délka léčby respondentů je 27,47 let (medián 25 let), ženy se v průměru léčí o 7,45 let déle než muži. Ve skupině žen (ve věku 41 až 73 let) se doba léčby pohybuje od 10 do 53 let, ve skupině mužů (ve věku od 29 do 75 let) se doba léčby pohybovala od 10 do 47 let (viz tabulku 10). Ani jedna osoba se neléčila se schizofrenií méně než 10 let, tři osoby (9,4%) se léčí přesně 10 let. Sedm osob (21,9%) se léčí od 11-ti do 20 let-ti let, sedmnáct (53,1%) mezi 21 a 40-ti lety a pět osob (15,6%) mezi 41 a 53 lety (viz graf 3).

Graf 3 – Rozložení respondentů (mužů i žen) podle délky léčby



Tabulka 10 – Přehled délky léčby žen a mužů

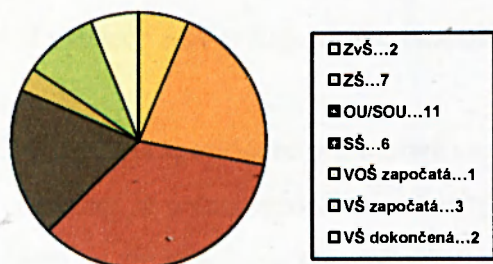
Doba léčby	Ženy (N = 16) četnost	Muži (N = 16) četnost
0 - 10 let	1	2
11 - 15 let	2	2
16 - 20 let	1	2
21 - 25 let	1	3
26 - 30 let	1	0
31 - 35 let	3	3
36 - 40 let	4	2
41 - 45 let	1	0
46 - 50 let	1	2
51 - 55 let	1	0
Průměr (v letech)	31,2	23,75
	27,47	
Medián (v letech)	32,5	23
	25	

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Devět osob z tohoto výzkumného souboru má základní vzdělání, 17 středoškolské, jedna osoba začala studovat vyšší odbornou školu, tři školu vysokou, ale pouze jedna osoba vysokou školu dokončila (viz graf 4 a tabulku 11). Terciální nedokončené vzdělání některých respondentů pravděpodobně souvisí s dobou propuknutí nemoci. U osob, které absolvovaly zvláštní nebo základní školu (celkem devět uživatelů), lze snížený intelekt (nebo nepodnětné sociokulturní prostředí) předpokládat premorbidně. Na tomto místě je potřeba připomenout, že u sedmi osob byla kromě schizofrenie diagnostikována ještě mentální retardace.

Uvedené skutečnosti mohou být jedním z měřítek, na základě kterých je možno odhadnout premorbidní schopnosti respondentů.

Graf 4 – Vzdělání respondentů (mužů i žen)



Tabulka 11 – Přehled vzdělání žen a mužů

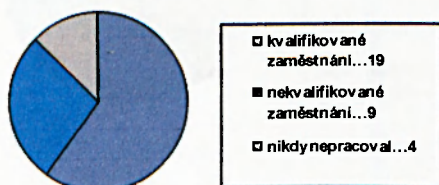
Vzdělání	Ženy (N = 16) četnost	Muži (N = 16) četnost
Zvláštní škola	0	2
ZŠ	4	3
OU/SOU	3	8
SŠ	5	1
VOŠ započatá	1	0
VŠ započatá	2	1
VŠ dokončená	1	1

Zaměstnání respondentů v minulosti

V minulosti bylo 19 respondentů zaměstnáno v kvalifikovaných profesích: učitelka, geometr, výpočtářka, hospodářka, sekretářka, truhlář, číšník, elektrikář, tesař, programátor, hasič ad. Devět osob vykonávalo nekvalifikované práce: pomocný dělník, topič, pomocná síla, uklízečka atp. Čtyři osoby (pravděpodobně v důsledku základního onemocnění) nikdy nepracovaly (viz graf 5 a tabulku 12). Tyto výsledky opět mohou vypovídat o premorbidních schopnostech respondentů.

V době výzkumu byly všechny osoby nezaměstnané a pobíraly plný invalidní důchod.

Graf 5 – Zaměstnání respondentů



Tabulka 12 – Přehled zaměstnání žen a mužů v minulosti

Zaměstnání	Ženy (N = 16) četnost	Muži (N = 16) četnost
Kvalifikované	10	9
Nekvalifikované	4	5
Nikdy nepracoval/a	2	2

Místo pobytu respondentů před nástupem do Domova se zvláštním režimem

23 osob (71,9 %) přišlo z Psychiatrické léčebny, sedm osob (z toho 1 žena) z domova a dva respondenti využívaly před nástupem do Domova jinou pobytovou sociální službu (muž z Domova pro seniory, žena z jiného Domova se zvláštním režimem).

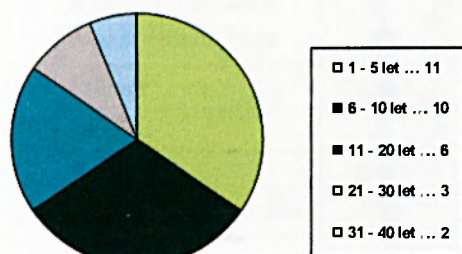
Vzhledem k čekacím dobám pro zájemce o službu je možné předpokládat, že potřeba podpory ze strany druhé osoby byla pocíťována již minimálně rok před zahájením využívání služby (pokud počítáme s čekací dobou mezi podáním žádosti a zahájením služby minimálně kolem jednoho roku). Doba potřeby pomoci je však ve skutečnosti pravděpodobně mnohem delší, pokud srovnáme průměrnou délku pobytu v zařízení (9,65 let) a průměrnou dobu léčby osob (29 let). Podporu nebo péči v této době tak pravděpodobně poskytovala rodina, zdravotnické zařízení (ambulantně nebo formou hospitalizace) nebo jiná sociální služba. Tato skutečnost odpovídá nedostatku komunitních sociálních služeb, které by byly realizovány pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Služby spojené s ubytováním jsou poskytovány jen ve velkých městech a svou kapacitou neuspokojují poptávku.

Délka pobytu respondentů v Domově se zvláštním režimem Krásná Lípa

Zařízení je určeno pro dlouhodobý pobyt a vzhledem k nedostatku jiných služeb, ale také s ohledem na zhoršování zdravotního stavu osob v důsledku stárnutí, se předpokládá, že tyto lidé budou využívat službu až do konce života. Průměrná délka pobytu respondentů v domově je (k listopadu 2008) 10,38 let (medián 7 let). Třetina respondentů využívá zařízení méně nebo

maximálně pět let. Třetina osob v Domově strávila mezi šesti a deseti lety a poslední třetina osob využívá zařízení více než jedenáct let (viz graf 6). Ženy strávily v zařízení od 2 do 32 let, muži od jednoho do 28 let. V součtu tedy 21 respondentů (65,6%) strávilo v zařízení méně a 11 osob (34,4%) více než deset let (viz tabulku 13).

Graf 6 - Rozložení respondentů (mužů i žen) podle délky pobytu v domově



Tabulka 13 – Přehled délky pobytu žen a mužů v Domově

Délka pobytu v Domově se zvláštním režimem	Ženy (N = 16) četnost	Muži (N = 16) četnost
1 – 5 let	5	6
6 – 10 let	3	7
11 – 20 let	5	1
21 – 30 let	1	2
31 – 40 let	2	0
Průměr (v letech)	12,38	8,38
	10,38	
Medián (v letech)	10	6
	7	

7.2 Výsledky vyšetření kognitivních funkcí u osob se schizofrenií využívající službu Domova se zvláštním režimem

V této kapitole budou prezentovány výsledky skupiny osob se schizofrenií v jednotlivých subtestech. Záznamové archy s výsledky jednotlivých respondentů byly vyhodnoceny dle manuálu, převedeny na vážené skóry a statisticky zpracovány. Výsledky subtestu Porozumění a Hledání symbolů jsou zpracovány ještě dalším způsobem, který doplňuje informace získané standardním hodnotícím postupem. Celkové srovnání výkonů v jednotlivých subtestech je uvedeno konci kapitoly.

WAIS-R - Subtest Informace

V subtestu Informace, který měří úroveň všeobecné informovanosti, ale také schopnost uchovávat informace v dlouhodobé paměti a vybavit si je, vykázalo 26 osob, tedy více než 80%, deficitní výkon (viz tabulku 15). Tyto osoby tedy selhávaly i v poměrně lehkých otázkách. V tomto subtestu podali dva respondenti lepší než průměrný výkon, dva průměrný a dva podprůměrný výkon. Výkony v tomto subtestu souvisí se vzděláním a odráží množství, rozsah a

úroveň všeobecných vědomostí a jsou tak pravděpodobně reflektovány i výše uvedenou vzdělanostní úrovní respondentů.

Průměr i medián se pohybují mezi hodnotami 5 až 6, který označuje přechod mezi poškozenými až mírně poškozenými kognitivními funkcemi (viz tabulku 14).

Tabulka 14 – Statistické zpracování výsledků subtestu Informace

Počet hodnot	32
Minimální hodnota	2
Maximální hodnota	16
Průměr	5,78
Medián	5
Rozptyl	8,61
Směrodatná odchylka	2,93

Tabulka 15 – Výsledky respondentů v subtestu Informace

Vážený skór	Směrodatná odchylka	Četnost (N=32)	Zhodnocení výkonu
2	-2 2/3	1	Poškozené kognitivní funkce N = 20
3	-2 1/3	4	
4	-2	10	
5	-1 2/3	5	
6	-1 1/3	1	Mírně poškozené kognitivní funkce N = 6
7	-1	5	
9	-1/3	2	Podprůměrný výkon
10	0	2	Průměrný výkon
11	1/3	1	Mírně nadprůměrný výkon
16	2	1	Výrazně nadprůměrný výkon

Deficitní výkon
N = 26

Výkony v subtestu souvisí nejen se vzděláváním, ale i s možností získávat informace a uchovávat je v paměti. Šestnáctou otázkou z dvaceti devíti v subtestu je dotaz na státy, které sousedí s Českou republikou („Které státy sousedí s naší republikou?“). Většina osob v odpovědi na tuto otázku selhala, nebyla schopna podat odpověď, která by dostačovala na získání bodu. Kromě jedné respondentky, která podávala na uvedenou otázku irelevantní odpovědi (Amerika, Velká Británie, Rumunsko), všichni respondenti podávali více méně přiměřené odpovědi (viz tabulku 16). Přesto v nich bylo možné pozorovat dvě tendence.

V první skupině se vyskytovaly odpovědi sice z hlediska standardizovaného hodnocení nedostatečné, ale naznačující orientaci respondenta v současném uspořádání (osoby jmenovaly státy, které v současné době sousedí s Českou republikou). Ve druhé skupině méně orientovaných osob, kam spadala více než třetina všech odpovědí, se vykytovaly výpovědi označující za sousedící státy ty, které sousedily s ČSSR, později ČSFR do roku 1993.

Tabulka 16 – Odpovědi respondentů na otázku č. 16 subtestu Informace

Stát	Četnost odpovědí	
Státy, se kterými ČR sousedí	Německo	21
	Polsko	20
	Rakousko	15
	Slovensko	10
Státy, se kterými sousedila „naše republika“ v době, kdy byla spojena se Slovenskem	Maďarsko	10
	Sovětský svaz, Rusko	10
	Ukrajina	3
	Bulharsko	1
Státy, se kterými Česká republika nesousedí	Rumunsko	2
	Velká Británie	1
	Amerika	1

WAIS-R - Subtest Opakování čísel

I v tomto subtestu více než polovina osob (56,25%) vykazovala deficitní výkony (viz tabulku 17 a 18). Tyto osoby mají pravděpodobně výrazněji narušenou auditivní paměť a schopnost zaměřit a udržet pozornost. Deficitní výkon v opakování čísel pozpátku, kdy je nutná aktivní manipulace, je spojován i s poškozením pracovní paměti. Pět probandů podalo alespoň průměrný výkon, devět podprůměrný. Opakování čísel pozpátku bylo u všech probandů kromě jednoho méně úspěšné než přímé opakování.

Průměr i medián se pohybují mezi hodnotami 6,6 až 7, který označuje mírně poškozené kognitivní funkce.

Tabulka 17 – Statistické zpracování výsledků subtestu Opakování čísel

Počet hodnot	32
Minimální hodnota	2
Maximální hodnota	14
Průměr	6,97
Medián	6,5
Rozptyl	9,84
Směrodatná odchylka	3,14

Tabulka 18 – Výsledky respondentů v subtestu Opakování čísel

Vážený skór	Směrodatná odchylka	Četnost (N=32)	Zhodnocení výkonu	Deficitní výkon N = 18
2	-2 2/3	1	Poškozené kognitivní funkce N = 10	
3	-2 1/3	4		
4	-2	4		
5	-1 2/3	1		
6	-1 1/3	6	Mírně poškozené kognitivní funkce N = 8	
7	-1	2		
8	-2/3	5	Podprůměrný výkon	
9	-1/3	4		
10	0	1	Průměrný výkon	
11	1/3	1	Mírně nadprůměrný výkon	
13	1	1	Nadprůměrný výkon	
14	1 1/3	2		

WAIS-R - Subtest Porozumění

V tomto subtestu, který měří úroveň porozumění realitě, úroveň obecných znalostí a schopnost jejich využití v běžném životě, prokázalo 27 osob deficitní výkon, tři osoby podaly podprůměrný výkon, jedna osoba podala průměrný výkon a jedna nadprůměrný (viz tabulku 19 a 20). V závěru subtestu, kde jsou uvedena dvě přísloví, jejichž interpretace je zkouškou symbolického myšlení, selhali všichni respondenti, kromě jednoho. Lze předpokládat, že tento výsledek není dán pouze sníženými kognitivními schopnostmi, ale také absencí relevantních zkušeností a přístupu ke zdrojům informací.

Průměr i medián se pohybují kolem hodnoty 6, která označuje mírně poškozené kognitivní funkce.

Tabulka 19 – Statistické zpracování výsledků subtestu Porozumění

Počet hodnot	32
Minimální hodnota	1
Maximální hodnota	14
Průměr	6,03
Medián	6
Rozptyl	5,84
Směrodatná odchylka	2,42

Tabulka 20 – Výsledky respondentů v subtestu Porozumění

Vážený skór	Směrodatná odchylka	Četnost (N=32)	Zhodnocení výkonu	Deficitní výkon N = 27
1	-3	1	Značně poškozené kognitivní funkce N = 1	
2	-2 2/3	1	Poškozené kognitivní funkce N = 10	
3	-2 1/3	4		
5	-1 2/3	5		
6	-1 1/3	8	Mírně poškozené kognitivní funkce N = 16	
7	-1	8	Podprůměrný výkon	
8	-2/3	2		
9	-1/3	1		
10	0	1	Průměrný výkon	
14	1 1/3	1	Nadprůměrný výkon	

Skutečnost, že osoby v tomto subtestu selhávaly, byla pravděpodobně dána nedostatečnými zkušenostmi v sociálních a společenských situacích a sníženou úrovní znalostí a jejich aplikace v analogických situacích. V subtestu osoby získávaly celkově snížený počet bodů, protože nedokázaly podat na uvedené otázky správné odpovědi. Většina z těchto osob však podala odpovědi, které byly špatné, avšak přiléhavé, pouze jedna respondentka vypovídala nepřiléhavě na více než jednu otázku (viz tabulku 22). Kvalitativní zhodnocení výsledků respondentů v subtestu tak ukazuje spíše na deficit kognitivních funkcí než na pozitivní symptomatiku schizofrenie. Tento snížený počet osob vykazující pozitivní symptomatiku ve formě bludů může však být dán i způsobem výběru respondentů (viz výše).

Tabulka 22 – Přehled přiléhavosti odpovědí respondentů v subtestu Porozumění

	Počet osob, které měly uvedený počet správných odpovědí (získaly za každou z nich 1 – 2 body).	Počet osob, které měly uvedený počet špatných odpovědí (získaly za každou z nich 0 bodů), které byly přiléhavé nebo odpověď nevěděly.	Počet osob, které měly uvedený počet špatných odpovědí (získaly za každou z nich 0 bodů), avšak jejich odpovědi byly nepřiléhavé.	Počet osob, které neodpověděly na uvedený počet otázek.
0 odpovědí	0	1	24	25
1 – 4 odpovědi	6	10	1 odpověď ... 6 2 odpovědi ... 1 4 odpovědi ... 1	3
5 – 8 odpovědí	14	12	0	1
9 – 12 odpovědí	10	7	0	3
13 – 16 odpovědí	2	2	0	0

WAIS-R - Subtest Podobnosti

Subtest měří logický úsudek a schopnost abstrakce. Deficitní výkon v něm prokázala polovina respondentů. Devět osob prokázalo podprůměrný výkon, sedm osob průměrný a lepší výkon (viz tabulku 23 a 24). Průměr i medián se pohybují kolem hodnoty 7,5, která označuje hranici mezi mírně poškozenými kognitivními funkcemi a podprůměrným výkonem.

Tabulka 23 – Statistické zpracování výsledků subtestu Podobnosti

Počet hodnot	32
Minimální hodnota	2
Maximální hodnota	13
Průměr	7,56
Medián	7,5
Rozptyl	6,31
Směrodatná odchylka	2,51

Tabulka 24 – Výsledky respondentů v subtestu Podobnosti

Vážený skór	Směrodatná odchylka	Četnost (N=32)	Zhodnocení výkonu	Deficitní výkon N = 16			
2	-2 2/3	1	Poškozené kognitivní funkce N = 6		Deficitní výkon N = 16		
3	-2 1/3	1					
4	-2	1					
5	-1 2/3	3					
6	-1 1/3	6	Mírně poškozené kognitivní funkce N = 10			Deficitní výkon N = 16	
7	-1	4					
8	-2/3	4	Podprůměrný výkon				
9	-1/3	5					
10	0	3	Průměrný výkon				Deficitní výkon N = 16
11	1/3	2	Mírně nadprůměrný výkon				
12	2/3	1					
13	1	1	Nadprůměrný výkon				

WISC-III - Hledání symbolů

Osoby v tomto subtestu prokázaly sníženou schopnost udržení koncentrace a flexibility přenášení pozornosti, vizuální perцепci a krátkodobou paměť. U 23 respondentů byl výkon deficitní a u čtyř podprůměrný. Pět osob dosáhlo alespoň průměrného výkonu (viz tabulku 25 a 26). Výsledky v tomto subtestu však byly oproti jiným subtestům velmi nerovnoměrně rozložené, což se odráží i ve statistickém zpracování (velký rozptyl i směrodatná odchylka). Zatímco průměrný výkon je 4,45, medián je 3 (viz tabulku 25). Obě hodnoty však označují poškozené kognitivní funkce.

Tabulka 25 – Statistické zpracování výsledků subtestu Hledání symbolů

Počet hodnot	32
Minimální hodnota	1
Maximální hodnota	12
Průměr	4,45
Medián	3
Rozptyl	12,12
Směrodatná odchylka	3,48

Tabulka 26 – Výsledky respondentů v subtestu Hledání symbolů

Vážený skór	Směrodatná odchylka	Četnost (N=32)	Zhodnocení výkonu	Deficitní výkon N = 23
1	-3	4	Značně poškozené kognitivní funkce N = 4	
2	-2 2/3	8	Poškozené kognitivní funkce N = 18	
3	-2 1/3	9		
5	-1 2/3	1	Mírně poškozené kognitivní funkce N = 1	
7	-1	1		
8	-2/3	4	Podprůměrný výkon	
10	0	1	Průměrný výkon	
11	1/3	3	Mírně nadprůměrný výkon	
12	2/3	1		

Horší výkon nebyl dán jen počtem chyb, ale i nedokončením úkolu. Subtest je velmi náročný a jeho vyplnění nezávisí jen na úrovni pozornosti a krátkodobé paměti, ale také na motivaci osob. K vyplnění testu WISC-III byli motivováni všichni respondenti. Tři osoby se nepodařilo k vyplnění testu motivovat vůbec, test dokončilo deset osob, tedy necelá třetina respondentů (viz tabulku 27). Osoby ukončovaly předčasně činnost z důvodu nezájmu nebo únavy.

Tabulka 27 – Přehled rozdělení respondentů podle míry, v které dokončili dokončení subtestu Hledání symbolů.

Míra dokončení testu WICS (forma B)	Četnost (N = 32)
Respondent nevyplnil ani jednu položku	3
Respondent započal vyplňování, nedokončil však první stranu	8
Respondent dokončil jednu stranu ze tří	9
Respondent započal nebo dokončil druhou stranu	2
Respondent vyplnil celý test, dokončil třetí stranu	10

Srovnání výsledků jednotlivých subtestů

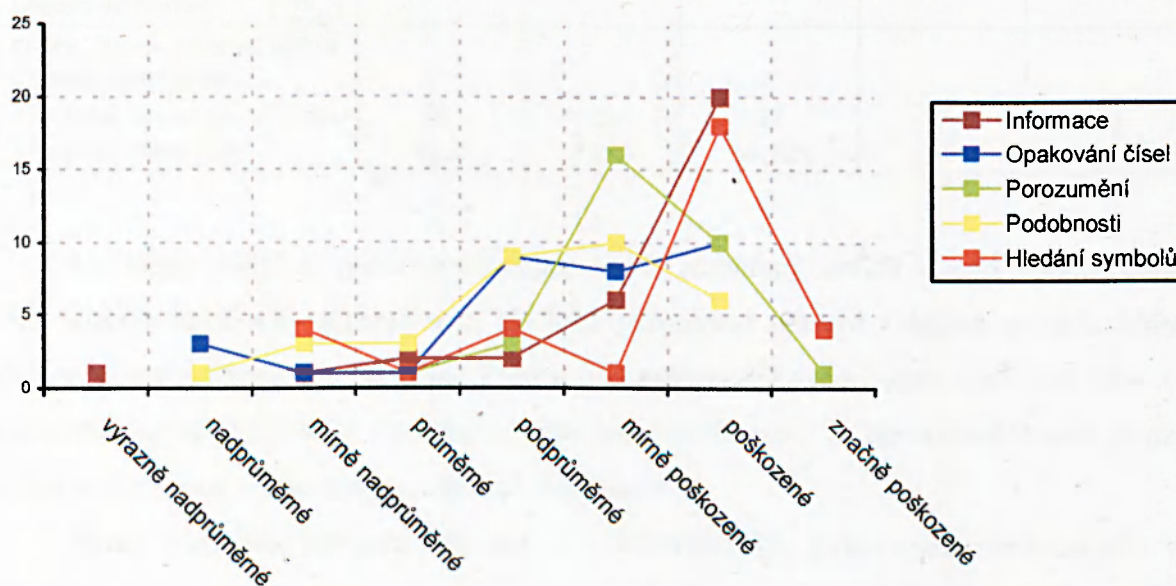
Respondenti vykázali v průměru deficitní výkony ve všech subtestech (viz tabulky 28 a 29). V porovnání výkonu respondentů se větší odchylky objevují jen v subtestu Hledání symbolů, avšak i zde obě hodnoty spadají do stejného pásma hodnocení kognitivního výkonu (viz graf 7). Nejhorší výkony respondenti podávali v subtestu Hledání symbolů, avšak podobně i v subtestu Informace byl jejich výkon v pásmu poškozených kognitivních funkcí. Lepší výkon, a to v pásmu mírně poškozených funkcí, podávali v subtestu Porozumění a Opakování čísel. Nejlepších průměrných výsledků dosáhli v subtestu Podobnosti. Zde byl jejich výkon na hranici podprůměrných a mírně poškozených funkcí.

Pokud se týká srovnání variability pro jednotlivé soubory výsledků, pak výsledky jsou velmi podobné. Nejjednotnější výsledky, které jsou tak nejvíce reprezentativní pro skupinu respondentů, se ukázaly v subtestu Podobnosti, avšak poměrně homogenní jsou i výsledky subtestů Porozumění a Opakování čísel. Méně reprezentativní je průměrný výkon v subtestu Informace, kde byly výkony probandů rozrůzněny. Největší variabilita tak byla ve výsledcích subtestu Hledání symbolů. Jsou zde poměrně výrazně zastoupeny jak mírně nadprůměrné výsledky, tak značně deficitní (které určují i velmi nízkou hodnotu průměru a mediánu). Tento výsledek je pravděpodobně dán tím, že řada probandů test vůbec nedokončila, výsledek tak byl výrazně ovlivněn motivačními faktory.

Graf 7 – Stupeň poškození kognitivních funkcí v jednotlivých subtestech

Osa X Stav kognitivních funkcí

Osa Y Počet respondentů



Tabulka 28 – Srovnání výsledků v jednotlivých subtestech

	Informace WAIS-R	Opakování čísel WAIS-R	Porozumění WAIS-R	Podobnosti WAIS-R	Hledání symbolu WISC-III
Průměrná hodnota	5,78	6,97	6,03	7,56	4,45
Medián	5	6,5	6	7,5	3
Rozptyl	8,61	9,84	5,84	6,31	12,12
Směrodatná odchylka	2,93	3,14	2,42	2,51	3,48
Variační koeficient	50,7%	45%	40,1%	33,2%	78,2%

Tabulka 29 – Četnosti stupňů poškození kognitivních funkcí respondentů v subtestech

Stav kognitivních funkcí	Informace WAIS-R	Opakování čísel WAIS-R	Porozumění WAIS-R	Podobnosti WAIS-R	Hledání symbolu WISC-III
Výrazně nadprůměrné kognitivní funkce	1	-	-	-	-
Nadprůměrné kognitivní funkce	-	3	1	1	-
Mírně nadprůměrné kognitivní funkce	1	1	-	3	4
Průměrné kognitivní funkce	2	1	1	3	1
Podprůměrné kognitivní funkce	2	9	3	9	4
Mírně poškozené kognitivní funkce	Kognitivní deficit	6	16	10	1
Poškozené kognitivní funkce		20	10	6	18
Značně poškozené kognitivní funkce		-	-	1	4
Osoby, které vykazují deficit kognitivních funkcí					
Absolutní četnost (počet osob)	26	18	17	16	23
Relativní četnost (%)	81,25	56,25	53,125	50	71,875

Na tomto místě je potřeba připomenout, že naměřený deficit v jednotlivých funkcích může odrážet nejen vliv schizofrenie, ale také přítomnost některé z dalších poruch. Jedná se zejména o mírnou mentální retardaci, kterou mělo diagnostikováno sedm osob, ale také o vliv déleodobého užívání alkoholu v minulosti prokázány u tří osob. Uvedené skutečnosti je možné doplnit o informace o dosaženém vzdělání respondentů.

Devět osob má základní vzdělání, 17 středoškolské, jedna osoba nedokončila vyšší odbornou školu a tři školu vysokou, jedna osoba vysokou školu dokončila. Zatímco nedokončené terciální vzdělání některých respondentů bude pravděpodobně souviset s dobou propuknutí nemoci, u osob, které absolvovaly zvláštní nebo základní školu, lze snížený intelekt

(nebo nepodnětné soeiokulturní prostředí) předpokládat premorbidně. To odpovídá i zaměstnání respondentů v minulosti. 19 respondentů (59,4%) bylo zaměstnáno v kvalifikovaných profesích, devět osob (28,1%) vykonávalo nekvalifikované práce a 4 osoby (12,5%) nikdy nepracovaly.

Pracovní a krátkodobá paměť

Pracovní a krátkodobá paměť byla měřena především subtestem Opakování čísel, nicméně paměťové schopnosti se výrazně uplatňují i v subtestu Hledání symbolů. V subtestu opakování čísel, který měří jak krátkodobou auditivní, tak pracovní paměť (zejména v druhé části), byly výkony osob v pásmu mírně poškozených funkcí. Podobně i výkony v subtestu Hledání symbolů, který je sice primárně zaměřen na schopnost udržení koncentrace a flexibility pozornosti, ale v jeho výkonu hrají významnou roli i paměťové schopnosti, byly v pásmu poškozených kognitivních funkcí.

Pokud zmíníme dlouhodobou paměť, pak jediná z použitých zkoušek, která na ni částečně ukazuje, je subtest Informace. I zde osoby vykazovaly výkony v pásmu poškozených kognitivních funkcí.

Zaměření, udržení a flexibilita pozornost

Pozornost byla měřena zejména subtestem Hledání symbolů. Schopnost udržení koncentrace a flexibility pozornosti byly v tomto subtestu vyhodnoceny jako poškozené. V této zkoušce osoby odvedli v průměru nejhorší výkony, avšak výkony v rámci souboru byly oproti jiným subtestům nejméně rovnoměrné. Pokud však informaci doplníme ještě výsledky subtestu Opakování čísel, jehož výkon také vyžaduje zaměření a udržení pozornosti, pak lze předpokládat, že schopnost pozornosti je u respondentů minimálně mírně poškozená.

Narušení této funkce se projevilo u některých respondentů velmi výrazně i v průběhu testování, kdy bylo nutné někdy i v průběhu vykonávání úkolu zopakovat instrukce nebo otázku. Uvedená skutečnost může souviset i s poruchou krátkodobě nebo pracovní paměti.

Snížená úroveň obecných znalostí a informovanosti

U osob trpících chronickou formou schizofrenie lze předpokládat snížené množství a horší úroveň informovanosti jednak v důsledku poškození kognitivních funkcí a dalších příznaků schizofrenie, jednak z důvodu dlouhodobého pobytu osob v institucionálním prostředí. Tato skutečnost byla výrazně potvrzena výsledky subtestu Informace, kde respondenti v průměru vykazovali deficitní výkon v pásmu poškozených funkcí. Jednalo se o jednu z nejhůře postižených oblastí. Tato skutečnost se odráží i v subtestu Porozumění, který je více zaměřen na obecné znalosti, spíše než na konkrétní, které vyžaduje subtest Informace, a na schopnost jejich využití v běžném životě. I v tomto subtestu osoby podaly výkony v pásmu mírně poškozených funkcí.

Snížená schopnost porozumění realitě a logického úsudku

Respondenti sice vykazali sníženou schopnost porozumění realitě a sníženou schopnost logického úsudku, ale v porovnání s ostatními testovanými funkcemi byly jejich výkony poměrně dobré. Dokonce se v parametru logického úsudku, testovaném zkouškou Podobnosti, blížily výkonům pouze podprůměrným, nikoli deficitním. Schopnost porozumění realitě lze podle výsledků subtestu porozumění hodnotit jako mírně poškozenou, a to pravděpodobně nikoli v důsledku pozitivních příznaků, ale právě v důsledku deficitu v dílčích dovednostech. V tomto subtestu se také ukázalo, že někteří respondenti nejsou schopni pochopit zadání úkolu, význam některých obecných, zejména interpersonálních, situací a nejsou schopni uplatnit své vědomosti. S řadou situací také nemají praktické zkušenosti, jindy jsou jejich odpovědi ovlivněny specifickým prostředím.

7.3 Charakteristika skupiny respondentů – zaměstnanců Domova se zvláštním režimem v přímé péči

Výzkumného šetření se zúčastnilo, tedy alespoň částečně vyplněný dotazník odevzdalo 22 osob z celkových třiceti požádaných o spolupráci. Výběr tedy nelze ani v rámci homogenní skupiny považovat za náhodný. U této skupiny byly zjišťovány tři základní demografické charakteristiky: pracovní zařazení, nejvyšší dokončené vzdělání, délka praxe v práci s osobami se schizofrenií.

Pracovní zařazení a vzdělání respondentů

Vzorek byl tvořen převážně zdravotnickými pracovníky nebo pracovníky se zdravotnickým vzděláním (viz tabulku 30), což - přestože v současné době zařízení začíná procházet jakousi transformací - vypovídá o velké medicalizaci služby. Celkový počet zdravotnického personálu podle pracovního zařazení je 14, oproti osmi osobám zařazeným v kategorii Pracovník sociální péče (pracovníci označení pravděpodobně využívali pro označení pozice pracovníka v sociálních službách tak, jak jej definuje zákon o sociálních službách).

Pokud se však zaměříme na vzdělání těchto osob, pak zjistíme, že ke čtrnácti zdravotníkům z povolání se přidávají ještě tři osoby, které absolvovaly střední zdravotnickou školu bez maturity a minimálně jedna osoba, která absolvovala střední odborné učiliště se zdravotnickým zaměřením (další tři osoby neuvedly, o jaký typ odborné školy nebo učiliště se jedná). Dohromady je tedy ve skupině dvaceti dvou respondentů minimálně 18 osob se zdravotnickým vzděláním.

Tabulka 30 – Přehled pracovního zařazení a vzdělání respondentů

Pracovní zařazení	Četnost (N= 22)	Nejvyšší dokončené vzdělání	Četnost (N=22)
Staniční sestra	2	Vyšší odborná škola (zdravotnická)	1
		Střední zdravotnická škola s maturitou	1
Zdravotní sestra	12	Střední zdravotnická škola s maturitou	12
Pracovník sociální péče	8	Střední zdravotnická škola bez maturity	3
		Střední odborná škola nebo Střední odborné učiliště (zdravotnické i jiné zaměření)	4
		Gymnázium	1

Délka praxe v práci s osobami se schizofrenií

Respondenti pracují s osobami se schizofrenií od 2 měsíců do 34 let (viz tabulku 31). Zaměstnanci, kteří pracují s těmito klienty méně než rok, jsou vždy nově přijatí pracovníci přímé obslužné péče, tedy pracovníci v sociálních službách, kteří zajišťují oproti zdravotnickým pracovníkům sociální a obslužné aktivity. Všechny osoby zaměstnané na pozicích delší dobu jsou zdravotní nebo staniční sestry. Tato skutečnost opět souvisí se snahou transformovat zařízení z původně velmi zdravotnického na zařízení sociálních služeb.

Tabulka 31 – Přehled délky praxe zaměstnanců v práci s osobami se schizofrenií

Délka praxe	Četnost (N= 22)
Méně než 1 rok	4
1 – 3 roky	1
4 – 9 let	4
10 – 14 let	4
15 – 19 let	6
20 a více let	3
Průměr	11,73
Medián	13

7.4 Vnímání a vliv kognitivního deficitu na postupy uplatňované zaměstnanci v přímé péči

V této části budou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které proběhlo mezi zaměstnanci v přímé péči. Jeho cílem bylo zjistit, zda se zaměstnanci setkávají se situacemi, v kterých se u uživatelů služby projevuje deficit ve vybraných kognitivních funkcích (tj. zda jsou schopni narušení kognitivních funkcí identifikovat), jak si toto narušení kognitivních funkcí

vysvětlují (jaká je jeho příčina) a zda jeho přítomnost ovlivňuje jejich způsoby práce s těmito uživateli, případně, které specifické způsoby práce s těmito uživateli využívají. Lze totiž předpokládat, že právě způsob, kterým si pracovník vysvětluje chování klienta, do značné míry ovlivní to, jak bude na chování reagovat,

Pozornost

Zaměstnanci byli schopni identifikovat deficit pozornosti, pokud se týká doby jejího udržení, jejího adekvátního rozdělování mezi více objektů i přesunu z jednoho objektu na druhý. Odpovědi, v nichž respondenti podávali negativní vyjádření o výskytu konkrétního projevu poruchy pozornosti, nevěděli nebo neodpověděli na otázku, byla necelá pětina (32 z celkových 176 odpovědí, tj. 18,2 %). Ve zbytku (144 odpovědí, tj. 81,8 % odpovědí) pak deficit potvrdili (viz tabulku 32). Názory pracovníků byly tedy poměrně konzistentní, relativně největší rozpor byl v odpovědích na otázku č. 4 týkající se schopnosti udržení pozornosti.

Tabulka 32 – Odpovědi respondentů na otázky týkající se pozornosti

Otázka v dotazníku	Odpovědi zaměstnanců (četnost)		
	Ano	Ne	Neví/ bez odpovědi
1. Stává se, že někteří klienti neudrží pozornost tak dlouho, jak byste očekávala?	21	0	1
2. Stává se, že se někteří klienti nedokážou příliš soustředit?	21	0	1
3. Stává se, že klient není schopen udržet zaměřenou pozornost na určitou činnost či objekt?	20	0	2
4. Stává se, že klient těká z předmětu na předmět?	16	3	3
5. Stává se, že klient často mění témata hovoru?	19	1	2
6. Všimla jste si někdy, že by měl klient problémy s přesouváním pozornosti?	14	1	7
7. Všimla jste si někdy, že by klient na určitých objektech nebo činnostech ulpíval nebo se stále vracel ke stejnému předmětu nebo tématu?	16	1	5
8. Stává se, že se klient nechá snadno rozptýlit?	17	1	4
Celkem odpovědi	144	7	25
	176		

Výskyt poruch pozornosti byli zaměstnanci schopni dokumentovat příklady z vlastní praxe. Udávali, že někteří klienti při rozhovoru neudrží téma (např. klient začne něco vyprávět, náhle však neví, kde začal nebo ztrácí souvislosti, hovor na téma není soudržný, myšlenky se volně řetězí), jindy naopak začnou vyprávět, ale nelze je zastavit, opakují stejnou věc dokola nebo pokládají stále stejné otázky, aniž by se soustředili na odpověď. Stává se také, že klient náhle odchází uprostřed rozhovoru bez jakéhokoli předchozího upozornění, pokud zaregistrují nějaký náhlý podnět. Podobně uživatelé odcházejí od započaté činnosti, při dotazu a upozornění

pak nejsou schopni vysvětlit proč. Někteří často poposedávají a mění místa, u aktivit nevydrží. Klienti se nechají snadno rozptýlit. Stačí malý rozruch (např. někdo projde kolem, zvuk atp.) a uživatel není schopen samostatně navázat na předchozí činnost.

Poruchy pozornosti svých klientů si oslovení pracovníci vysvětlovali různými způsoby (viz tabulku 33). V odpovědích na osm otázek uvedlo 22 respondentů celkem 178 odpovědí. Nejčastěji (v 65,7 %) souvisely se základním onemocněním (schizofrenie, halucinace, vliv léků) a s dalšími tělesnými poruchami, nemocemi a stavy (zejm. mentální retardace, demence, závislosti). Více než třetina odpovědí (32,6 %) zahrnovala osobnostní charakteristiky, a to jak charakteristiky víceméně stálé (povaha, vypočítavost, pasivita ad.), tak charakteristiky proměnlivé, závislé na vnějších podmínkách (snaha upozornit na sebe, nervozita, únava atp.).

Pouze ve třech odpovědích byl zmíněn vliv vnějších faktorů na schopnost soustředit se a distribuovat pozornost podle potřeby. Jednalo se o vliv hluku a jedna odpověď se týkala i nevhodně vybrané činnosti pracovníkem.

Tabulka 33 – Důvody spojené s poruchami pozornosti podle názoru zaměstnanců (četnost udávaná v odpovědích na všech osm otázek týkající se pozornosti)

Kategorie	Důvod	Četnost odpovědí	
Nemoci a jejich souvislosti	Schizofrenie	85	117 65,7 %
	Účinek léků	9	
	Sluchové halucinace („hlasy“), bludy	4	
	Mentální retardace	12	
	Demence	2	
	Atrofie mozku	1	
	Závislost na návykových látkách	3	
	Stáří	1	
Osobnostní charakteristiky	Povaha	4	58 32,6 %
	Nálada, příp. její změna	4	
	Nervozita, neklid	5	
	Nezájem, nedostatek motivace	12	
	Vypočítavost	1	
	Pasivita	1	
	Snaha upozornit na sebe	1	
	Zájem o sebe, své myšlenky	15	
	Neschopnost odložit uspokojení svých potřeb	3	
	Absence návyku provádění činnosti	1	
	Únava	11	
Vnější podmínky	Pracovníkem nevhodně vybraná činnost	1	3
	Hluk	2	1,7 %
Celkem odpovědí			178

Přestože více než osmdesát procent respondentů-zaměstnanců bylo schopno detekovat deficit v oblasti pozornosti, pracovníci uvedli poměrně málo způsobů popisujících, jak postupují v případech, kdy se porucha pozornosti projeví (pro přehled viz tabulku 34). V odpovědích na osm otázek uvedlo 22 respondentů celkem 131 odpovědí. Navíc jen některé z nich lze považovat za adekvátní. Z nich 90 spadá do kategorie motivačních postupů nebo prvků (pochvala, společná činnost, trpělivost, vyjádření zájmu o klienta ad.) nebo úprav ve způsobu provádění činnosti. Ve 41 výpovědích se neobjevuje reakce pracovníka na poruchu pozornosti uživatele ve smyslu přizpůsobení se klientovi nebo změny způsobů spolupráce, nebo je reakcí respondenta ukončení spolupráce s klientem.

Tabulka 34 - Postup uplatňovaný zaměstnanci (četnost udávaná v odpovědích na všech osm otázek týkající se pozornosti)

Kategorie	Uvedený postup	Četnost odpovědi	
Změna způsobu spolupráce, využití motivačních prvků	Nenutím, ale snažím se klienta motivovat	11	41
	Trpělivé vysvětlování nebo přístup	7	
	Zařazení relaxace, odpočinek	9	
	Pochvala	8	
	Společná činnost	4	
	Slíbím odměnu	1	
	Začínám pozvolna, postupné prodlužování činnosti	1	
Motivace vycházející ze zájmu o klienta	Respektování zájmů klienta, prostor k vlastním činnostem	5	19
	Vyjádření zájmu o klienta (stav, schopnosti, potřeby, téma...)	15	
	Nabídka umožňující volbu	1	
Změna ve způsobu provádění činnosti	Změna prostředí	2	30
	Změna postupu vykonávání činnosti	1	
	Zkrácení činnosti	2	
	Hledám jiné podněty, které by zaujaly, nabídnu jinou činnost	25	
Snaha o dokončení původní činnosti, bez změny způsobu spolupráce	Opakování instrukce	21	31
	Přesvědčuji o nutnosti dokončení	3	
	Zachovám klid, reaguji pořad stejně	3	
	Držím se v hovoru svého tématu, nehádám se s ním	2	
	Ukážu uživateli, co má dělat, domluvímu	2	
Ukončení původní činnosti	Nechám uživatele dělat, co chce	6	10
	Ukončím činnost, nechám ho být	4	
Celkem odpovědi			131

Paměť

Zaměstnanci byli schopni identifikovat deficit v paměťových funkcích klientů, a to jak v oblasti krátkodobé, tak i dlouhodobé paměti (viz tabulka 35). Celkově byly poruchy paměti detekovány v 79,5 % odpovědí.

Poruchy krátkodobé či pracovní paměti uvádělo 19 zaměstnanců; 3 pracovníci (13,6 %) nevěděli nebo na otázku neodpověděli. S projevy poruch dlouhodobé paměti se setkalo 16 zaměstnanců. Téměř třetina osob (27,3 %) se s poruchami dlouhodobé paměti neseťkalo nebo na otázku neodpověděli. Respondenti dokumentovali své přesvědčení řadou příkladů: Klient se například vydá pro nějakou věc do svého pokoje, ale po cestě zapomene, kam nebo pro co jde. Klient je při komunikaci přesvědčen, že podávané informace slyší poprvé, přestože pracovník je podává opakovaně. Někteří uživatelé si pamatují více ze své nebo obecně z minulosti, než informace z bezprostřední minulosti (nevybavují si právě řečené informace). To koresponduje se zjištěním, že při schizofrenii se vyskytují spíše poruchy pracovní a krátkodobé paměti, než poruchy paměti dlouhodobé.

Tabulka 35 – Odpovědi respondentů na otázky týkající se paměti

Otázka v dotazníku	Odpovědi zaměstnanců (četnost)		
	Ano	Ne	Neví/ bez odpovědi
9. Stává se, že klient má obtíže při vybavování informací, které jste mu před chvílí podala?	19	0	3
10. Setkáváte se s tím, že si klient špatně vybavuje informace ze vzdálenější minulosti?	16	3	3
Celkem	35	3	6
	44		

Poruchy paměti si respondenti vysvětlují zejména přítomností schizofrenie a účinky léků, ale také stářím klientů a dalšími duševními poruchami: demencí a mentální retardací (celkem v 88,7 % odpovědí). Velmi málo se vyskytovaly odpovědi obsahující osobnostní charakteristiky: nálada a její změny, nesoustředěnost, nezáměr a nedostatek motivace (viz tabulku 36).

Tabulka 36 – Důvody výskytu poruch paměti podle názoru zaměstnanců (četnost udávaná v odpovědích na obě dvě otázky týkající se paměti)

Kategorie	Důvod	Četnost odpovědi	
Nemoci a jejich souvislosti	Schizofrenie	27	47 88,7 %
	Účinek léků	2	
	Mentální retardace	3	
	Demence	4	
	Stáří	11	
Osobnostní charakteristiky	Nálada, příp. její změna	2	6 11,3 %
	Nesoustředěnost	2	
	Nezáměr, nedostatek motivace	2	
Celkem odpovědi		53	

Poruchy pracovní, krátkodobé nebo dlouhodobé paměti detekovalo téměř osmdesát procent respondentů. Tito zaměstnanci uvedli celkem 35 odpovědí, v nichž popsali osm různých intervencí, které realizují v situacích, kdy se u klienta projeví porucha paměti (viz tabulku 37). Většina respondentů uvedla, že v případě, kdy má klient obtíže s vybavením, reagují zopakováním instrukce nebo informace, a to bezprostředně nebo po určité době (tento způsob byl uveden v 28 z celkových 35 odpovědí). Pouze výjimečně zaměstnanci využívají jiných technik a způsobů (společné činnosti, doprovodu, nabídky jiné činnosti, změny ve formulaci sdělení, využití kontrolních otázek) nebo pomůcek (předání informace v písemné podobě).

Tabulka 37 - Postup uplatňovaný zaměstnanci (četnost udávaná v odpovědích na obě dvě otázky týkající se paměti)

Uvedený postup	Četnost odpovědí
Opakování instrukce nebo informace	28
Trpělivé vysvětlování nebo přístup	2
Společná činnost, doprovod	1
Hledám jiné podněty, které by zaujaly, nabídnu jinou činnost	1
Jiná formulace sdělení	1
Pokládám kontrolní otázky	1
Napíšu mu lístek s informacemi	1
Celkem odpovědí	35

Exekutivní funkce

Zaměstnanci v 83,3 % odpovědí (viz tabulku 38) potvrdili obtíže klientů při vykonávání dlouhodobějších, systematických činností, při stanovování cílů a postupů, jak jich dosáhnout, tedy v oblastech, v nichž se projevuje deficit exekutivních funkcí. Pracovníci dokládali svá tvrzení řadou příkladů, vesměs spojených s prvními zkušenostmi s využíváním metody individuálního plánování průběhu služby. Některé příklady popisovaly projevy nedostatku vůle (klient například vyjádří nějaké přání, ale při započetí spolupráce na jeho naplnění, kdy klient zjišťuje, že je pro dosažení cíle nutno provést řadu dílčích úkolů, přestane mít zájem; dále respondenti uváděli velmi krátkou možnou dobu spolupráce, resp. setrvání klienta u konkrétní činnosti při dlouhodobější činnosti, a to jak v rámci každodenních činností, tak při terapeutických aktivitách). Další příklady byly spojeny se sníženou schopností stanovit si nějaký cíl (pracovníci často zmiňovali, že stanovování cílů spolupráce je ztíženo omezením zájmů klientů na jídlo, tabák a kávu) nebo obtížemi v zaměřeném jednání, které se může projevovat sníženou schopností plánovat postupy k dosažení cíle, včetně postupů alternativních (klienti vědí, čeho by chtěli dosáhnout, ale neví jak; neumí stanovit alternativní postupy při neúspěchu; případně si neumí jednotlivé kroky postupu propojit, neví, jak na sebe navazují).

Tabulka 38 – Odpovědi respondentů na otázky týkající se exekutivních funkcí

Otázka v dotazníku	Odpovědi zaměstnanců (četnost)		
	Ano	Ne	Neví/ bez odpovědi
11. Stává se, že někdy klient nemá dostatek vůle, že není schopen dělat něco systematicky?	19	0	3
12. Setkáváte se s tím, že klient má obtíže při stanovování svých cílů?	17	2	3
13. Setkáváte se s tím, že klient má obtíže při plánování postupů, jak cílů dosáhnout?	19	1	2
Celkem	55	3	8
	64		

Chování ukazující na poruchy exekutivních funkcí je, stejně jako projevy poruch v oblasti pozornosti a paměti, podle respondentů-zaměstnanců způsobeno zejména schizofrenií, ale také dalšími fyziologickými důvody: stářím, mentální retardací a demencí (viz tabulku 39). Ovšem oproti poruchám paměti a pozornosti, v případě exekutivních funkcí vypovídá o fyziologickém původu pouze cca polovina odpovědí. Zbytek, tedy 44 % odpovědí, vyjadřuje přesvědčení zaměstnanců, že projevy poruch kognitivních funkcí jsou způsobeny osobnostními charakteristikami uživatelů (povaha, nezájem, nesoustředěnost, pohodlnost, omezené zájmy ad.). Nebyl uveden ani jeden důvod související s vnějšími faktory (mohlo by se jednat o vliv pobytu v ústavním prostředí nebo dovednosti pracovníků).

Tabulka 39 – Důvody výskytu poruchy exekutivních funkcí podle názoru zaměstnanců (četnost udávaná v odpovědích na všechny tři otázky týkající se exekutivních funkcí)

Kategorie	Důvod	Četnost odpovědí
Nemoci a jejich souvislosti	Schizofrenie	27
	Účinek léků	2
	Mentální retardace	2
	Demence	3
	Stáří	3
		37 56 %
Osobnostní charakteristiky	Povaha	5
	Nezájem, lhostejnost	6
	Nesoustředěnost, neklid	5
	Pohodlnost	4
	Omezené zájmy (tabák, káva)	2
	Nálada, příp. její změna	2
	Obavy	1
	Zklamání ze života, ztráty	1
	Únava	1
Nemá zkušenost s plánováním, neumí to	2	
		29 44 %
Celkem odpovědí		66

Pokud se týká specifických způsobů a postupů práce, které oslovení pracovníci využívají při práci s uživateli, kteří mají poškozené exekutivní funkce, pak respondenti uváděli zejména takové, které využívají v situacích spolupráce na individuálním plánu průběhu služby. Tento plán by měl být výstupem společné práce klienta a pracovníka a měl by v něm být stanoven postup pro naplnění dohodnutých cílů v souvislosti s využíváním služby. Zpracování takového plánu je v současné době v sociálních službách nezbytností (jeho existence je požadována Standardy kvality sociálních služeb), a to i u klientů, kteří mají (podobně jako klienti, kteří využívají službu Domova se zvláštním režimem) výrazné omezení v samostatném plánování. Přesto zaměstnanci neuvedli příliš odpovědí (viz tabulku 40) popisující konkrétní postupy nebo techniky (22 zaměstnanců uvedlo celkem 35 odpovědí na 3 otázky).

Respondenti uvedli, že využívají různé motivační prvky a provádějí takové změny ve svém přístupu, které by uživatelům služby umožnily překonat obtíže při stanovování a naplňování cílů (strukturují čas, dávají příklady, zařazují odpočinek ad.). Dále využívají postupy, ve kterých se snaží klienty podpořit při stanovování cílů a jejich naplnění, ale také postupy, v nichž kompenzují klientovy schopnosti (např. vytyčí cíle klienta za něj nebo vymyslí postup naplňování). Takové postupy mohou více či méně komplikovat další spolupráci.

Tabulka 40 - Postup uplatňovaný zaměstnanci (četnost udávaná v odpovědích na všechny tři otázky týkající se exekutivních funkcí)

Kategorie	Uvedený postup	Četnost odpovědí	
Motivační prvky	Snažím se klienta motivovat	8	13
	Pochvala, povzbuzení	4	
	Motivuju ho k práci odměnou (cigarety)	1	
Změna v přístupu pracovníka	Klidný přístup	2	7
	Strukturace času	2	
	Dám příklad	1	
	Odpočinek	1	
	Snažím se vyvolat zájem o reálné věci	1	
Podpora nebo nadbytečná kompenzace deficitu	Klient definuje cíle, já vymyslím postup	5	15
	Pomůžu mu s vytyčením cílů a s plánováním	3	
	Směřuju ho k cílům, které vytyčím	2	
	Opakování instrukce	2	
	Nabídnu mu cíle	1	
	Ukážu mu postup	1	
	Vyžaduji co nejméně, aby se klient nerozčílil	1	
Celkem odpovědí			35

Srovnání výsledků

Respondenti, zaměstnanci Domova se zvláštním režimem, v dotazníkovém šetření potvrdili, že se setkávají se situacemi, ve kterých se projevují poruchy pozornosti, paměti nebo exekutivních funkcí u klientů, se kterými pracují (viz tabulku 41). S projevy deficitu kognitivních funkcí se setkává, resp. je schopno vždy kolem osmdesáti procent respondentů. Zamítnutí se objevilo jen v nízkém procentu odpovědí.

Tabulka 41 – Přehled srovnání četnosti odpovědí

	Relativní četnosti odpovědí (v %)		
	Ano	Ne	Neví/neodpověděl
Pozornost	81,8	4	14,2
Paměť	79,5	6,8	13,7
Exekutivní funkce	83,3	4,6	12,1

Respondenti jsou tedy schopni deficit v kognitivních funkcích detekovat. Výsledky provedených neurokognitivních testů ve skupině klientů ukazují, že poškození kognitivních funkcí se skutečně projevilo v každém z provedených testů vždy minimálně u poloviny respondentů a převážná většina respondentů vykazovala deficit alespoň v jedné z měřených funkcí. Přestože nebylo vždy možné určit, zda je prokázán deficit důsledkem schizofrenie nebo jiných duševních poruch, jeho přítomnost byla jednoznačně prokázána. Schizofrenie nebo jiné poruchy tedy skutečně jsou příčinami kognitivního deficitu.

Přesvědčení zaměstnanců, že poruchy kognitivních funkcí jsou spojeny s onemocněními a fyziologickými stavy, se objevovala zejména u paměťových funkcí, méně už u pozornosti. V případě exekutivních funkcí jsou podle názoru respondentů poruchy způsobeny onemocněními jen v polovině případů (viz tabulku 42). Respondenti v převážné většině případů spojovali deficit se základním onemocněním schizofrenií a jeho souvislostmi (účinky léků, sluchové halucinace, atrofie mozku). Uváděli také další onemocnění, zejména mentální retardaci, ale také demenci, která se jako diagnostikovaná choroba v dokumentacích uživatelů vůbec nevyskytovala (viz výše, informace o diagnózách respondentů-uživatelů).

V případě osobnostních charakteristik zaměstnanci uváděli jako vysvětlení pro narušení kognitivních funkcí jednak obecné důvody (nálada, příp. její změna; nezáměr, nedostatek motivace; povaha), jednak konkrétní vlastnosti a projevy klientů (nervozita, neklid; neschopnost odložit uspokojení svých potřeb; zájem o sebe, své myšlenky; snaha upozornit na sebe; nesoustředěnost, neklid; omezené zájmy (tabák, káva); pasivita; pohodlnost; vypočítavost; pocit zklamání ze života, ztráty). Některé důvody byly spojené se změnami osobnostních charakteristik v důsledku vnějších vlivů (absence návyku provádění činnosti; absence zkušeností

s plánováním; únava). Tato přesvědčení mohou do značné míry komplikovat spolupráci pracovníka s uživatelem služby.

Pouze tři z uvedených odpovědí vypovídaly o vlivu vnějších podmínek, a to ve smyslu předpokladů, které mohou ovlivnit výkony osoby s kognitivním deficitem, nikoli deficit samotný. Uveden byl faktor hluku a nevhodně zvolené aktivity.

Tabulka 42 – Přehled srovnání četností důvodů výskytu kognitivního deficitu

	Relativní četnosti odpovědí (v %)		
	Nemoci a jejich souvislosti	Osobnostní charakteristiky	Vnější podmínky
Pozornost	65,7	32,6	1,7
Paměť	88,7	11,3	0
Exekutivní funkce	56	44	0

Poslední skupina otázek byla věnována způsobům a postupům využívaným při práci s klienty, u kterých se projevují poruchy v jednotlivých kognitivních funkcích. Postupy a intervence volené pracovníkem při spolupráci s klienty, kteří takové poruchy vykazují, pravděpodobně souvisí s tím, jak si skutečnost přítomnosti narušení konkrétní funkce vysvětlují. To by mohlo vysvětlit i poměrně malý celkový počet odpovědí. Dvě stě odpovědí respondentů bylo kategorizováno následujícím způsobem (viz tabulku 43):

- **Motivační a podpůrné prvky:** Prvky zapojované v průběhu spolupráce realizované s cílem kompenzovat deficit a dosáhnout stanoveného cíle alternativním způsobem. Všechny uvedené způsoby, kromě využívání odměn za vykonání činnosti ve formě cigaret, jsou v souladu se základními didaktickými zásadami.
- **Motivace vycházející ze zájmu o klienta:** Postupy zaměřené na osobu klienta, vyjádření zájmu o jeho potřeby, záliby, minulost, schopnosti atd.
- **Změna ve způsobu provádění činnosti:** Pracovník v průběhu spolupráce zohledňuje specifické narušení kognitivních funkcí klienta prostřednictvím flexibilního reagování na aktuální stav a potřeby klienta.
- **Snaha o dokončení původní činnosti (beze změny způsobu spolupráce):** Postupy, které jsou motivovány snahou pracovníka dokončit společnou aktivitu, tedy naplnit původní cíl spolupráce, v nichž však nejsou využity žádné prvky, které by zohledňovaly stav kognitivních funkcí a další potřeby klienta a spolupráci by tak usnadňovaly.
- **Ukončení spolupráce při selhávání:** Pokud se spolupráce nedaří, pracovníci někdy volí ukončení spolupráce a na dokončení rezignují.
- **Podpora nebo nadbytečná kompenzace v oblasti plánování a dosahování cílů spojená s větším či menším ohledem na potřeby uživatele.**

Tabulka 43 – Přehled postupů a způsobů práce s uživateli, kteří vykazují deficit kognitivních funkcí (jsou uvedeny absolutní četnosti odpovědí, v nichž 22 osob odpovídalo na 13 otázek)

Kategorie	Uvedený postup	Četnost odpovědí	
Motivační a podpůrné prvky	Snaha o motivaci klienta (absence specifikace)	19	62
	Pochvala, povzbuzení	12	
	Trpělivost, klidný přístup	11	
	Zařazení relaxace, odpočinek	10	
	Společná činnost, doprovod	5	
	Odměna (např. cigarety)	2	
	Postupné prodlužování činnosti	1	
	Pomůcka - lístek s informacemi	1	
	Změna formulace sdělení	1	
Motivace vycházející ze zájmu o klienta	Vyjádření zájmu o klienta (stav, schopnosti, potřeby, téma...)	15	19
	Respektování zájmů klienta, prostor k vlastním činnostem	3	
	Nabídka umožňující volbu	1	
Změna ve způsobu provádění činnosti	Hledání podnětů, které by zaujaly, nabídka jiné činnosti	26	35
	Změna prostředí	2	
	Zkrácení činnosti	2	
	Strukturace času	2	
	Změna postupu vykonávání činnosti	1	
	Využití kontrolních otázek	1	
	Využití příkladu	1	
Snaha o dokončení původní činnosti (beze změny způsobu spolupráce)	Opakování instrukce	51	59
	Přesvědčování o nutnosti dokončení	3	
	Pracovník zachovává klid, reaguje stále stejně	3	
	Udržování vlastního tématu, bez konfrontace s klientem	2	
	Ukážu uživateli, co má dělat, domluvím mu	2	
Ukončení spolupráce	Nechám uživatele dělat, co chce	6	10
	Ukončím činnost, nechám ho být	4	
Podpora nebo nadbytečná kompenzace v oblasti plánování a dosahování cílů	Klient definuje cíle, já vymyslím postup	5	13
	Pomůžu mu s vytyčením cílů a s plánováním	3	
	Směřuju ho k cílům, které vytyčím	2	
	Nabídnu mu cíle	1	
	Ukážu mu postup	1	
	Vyžadují co nejméně, aby se klient nerozčilil	1	
Celkem odpovědí			200

8. DISKUSE

Výzkumné šetření realizované v Domově se zvláštním režimem bylo vedeno s cílem podrobně popsat skupinu osob se schizofrenií využívající tuto sociální službu se zaměřením na stav vybraných kognitivních funkcí a komplementárně i skupinu zaměstnanců této služby v přímé péči. Tato kapitola bude věnována zejména přehledu a diskusi nad dosaženými výsledky, a to i přesto, že srovnání výsledků tohoto výzkumného šetření s jinými provedenými výzkumy zaměřenými na kognitivní deficit při schizofrenii bude poněkud komplikováno specifickostí a omezeným rozsahem zkoumaných souborů osob.

Validita výsledků tohoto výzkumného šetření je tedy omezena vzorkem, resp. předpokládaným základním souborem, pro který by vybraná skupina respondentů mohla být reprezentativní. V případě skupiny respondentů z řad uživatelů služby domov se zvláštním režimem lze jako základní soubor uvažovat nikoli populaci osob se schizofrenií, ale právě jen skupinu osob se schizofrenií využívajících sociální službu domov se zvláštním režimem, případně jiné dlouhodobé pobytové sociální služby (chráněné bydlem). Důvodem k tomuto zúžení je prokázáný předpoklad vlivu snížených kognitivních schopností na sociální fungování osob se schizofrenií, a tedy i na potřebu využívání sociálních služeb.

Podobně i ve skupině respondentů z řad zaměstnanců domova se zvláštním režimem by bylo možné uvažovat o tom, že vybraný vzorek je reprezentativní pro skupinu zaměstnanců domovů se zvláštním režimem pro osoby s dlouhodobým duševním onemocněním. Za základní soubor v tomto případě pravděpodobně nelze pokládat zaměstnance všech domovů se zvláštním režimem, protože u těch zařízení, která poskytují službu osobám s demencí lze sice také předpokládat přítomnost klientů s kognitivním deficitem, avšak o problematice demence je lépe informována i širší veřejnost, spíše než o přítomnosti kognitivního deficitu při onemocnění schizofrenií.

V závěru kapitoly bude reflektována metodologie použitá v tomto výzkumném šetření.

8.1 Diskuse k výsledkům výzkumného šetření

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 32 respondentů se schizofrenií. Velikost výzkumného souboru není neobvyklá: výzkumu Češkové a kol. (1999) se zúčastnilo 30 osob, Rodriguez a kol. (2004) 12 osob, Fujii a Wylie (2002) 26 osob, Bowieho a et al. (2005) 35 osob a Kučerové a kol. (2005) 26 osob.

V tomto výzkumném šetření se jednalo se o 16 mužů a 16 žen ve věku od 29 do 75 let, kteří splňovali základní požadavky na zařazení do výzkumné skupiny: využívání sociální služby

Domov se zvláštním režimem, diagnóza schizofrenie, zájem o účast na šetření a alespoň základní komunikační dovednosti. Dvaceti třem (71,9 %) z těchto respondentů bylo více než 50 let. Ve výzkumném souboru nebyly věkové kategorie zastoupeny rovnoměrně vzhledem k pohlaví respondentů: Službu využívají ženy spíše ve středním a starším věku, zatímco muži jsou v jednotlivých věkových kategoriích více rozloženi. Podobně jako v běžné populaci jsou v kategorii osob nad 50 let zastoupeny spíše ženy.

Se schizofrenií se respondenti léčí dlouhodobě, doba léčby se pohybuje od 10 do 53 let. Deset osob (31,3 %) se léčí od 10-ti do 20-ti let, 22 osob (58,7 %) se léčí déle než 20 let. Kromě schizofrenie osoby vykazovaly další poruchy spadající do kategorie duševních poruch a poruch chování. Některé z nich (zejména mentální retardace nebo užívání alkoholu v minulosti) mohou mít výrazný vliv na aktuální stav kognitivních funkcí respondentů. Na zhoršené kognitivní schopnosti, zejména schopnost verbálního učení a paměti, osob se schizofrenií užívajících alkohol oproti schizofrenní populaci upozorňuje například Bowie a kol. (2005). Tento autor upozorňuje i na celkové horší sociální fungování skupiny osob se schizofrenií užívajících pravidelně alkohol. U těchto osob není možné na základě aktuálního měření kognitivních funkcí určit, jak velké poškození je důsledkem schizofrenie a jaký vliv má další porucha.

Uvedeným skutečností odpovídá i vzdělání a také zaměstnání osob v minulosti, které umožňují odhadnout premorbidní schopnosti respondentů. Devět osob z výzkumného souboru má základní vzdělání, 17 středoškolské, čtyři osoby začaly studovat vyšší odbornou nebo vysokou školu a jedna osoba vysokou školu dokončila. Pokud se týká zaměstnání respondentů v minulosti, pak 19 respondentů bylo zaměstnáno v kvalifikovaných profesích, devět osob vykonávalo nekvalifikované práce a čtyři osoby nikdy nepracovaly. Velké procento osob se základním vzděláním a osob, které v minulosti vykonávaly pouze nekvalifikované zaměstnání, odpovídá výskytu premorbidní mentální retardace ve výzkumném souboru. Oproti tomu nedokončené terciální vzdělání některých respondentů pravděpodobně souvisí s dobou propuknutí nemoci a ukazuje na nepoškozený premorbidní intelekt.

Před nástupem do Domova se zvláštním režimem respondenti většinou pobývali v psychiatrických léčebnách (23 osob, tj. 71,9 %), dva respondenti využívali před nástupem do Domova jinou pobytovou sociální službu. To vypovídá o zvýšené potřebě péče a podpory ze strany jiné instituce ještě před nástupem do zařízení. Pokud se týká délky pobytu v zařízení, pak v souladu s očekáváním, je služba poskytována dlouhodobě, respondenti službu využívají od 2 do 32 let. 21 respondentů (65,6%) strávilo v zařízení méně a 11 osob (34,4%) více než deset let.

V souladu s výsledky výzkumů kognitivních funkcí osob se schizofrenií prezentovaných v úvodních kapitolách této práce se i v tomto šetření prokázalo poškození všech vybraných kognitivních funkcí. Pokud v některých jiných výzkumech nebyl sledován deficit v některých

funkcích, nebo funkce nebyly hodnoceny jako deficitní, ale například pouze v pásmu podprůměru, jednalo se o osoby po první epizodě schizofrenie nebo o osoby ambulantně léčené (právě na ně se zaměřuje většina dohledaných výzkumů, především tuzemských). V tomto výzkumném šetření deficitní výkon alespoň v jednom ze subtestů vykázali všichni respondenti kromě dvou a v každém z provedených subtestů podala deficitní výkon minimálně polovina respondentů. Hodnocení výkonu v porovnání s normou se pohybovalo v pásmu mírně poškozených a poškozených funkcí, výjimečně byly funkce respondentů značně poškozené. Naměřený deficit však mohl být i jiné etiologie než schizofrenní, třetina respondentů měla diagnostikováno další onemocnění či poruchu, která má větší či menší vliv na kognitivní funkce (zejm. mírná mentální retardace a škodlivé užívání alkoholu).

K podobným výsledkům došli i Berry a Barrowclough (2009) a Heaton a kol. (2001), kteří zjistili významné poškození kognitivních schopností u skupiny chronicky nemocných, dlouhodobě hospitalizovaných osob a odlišují výkony této skupiny od výkonů osob, které se léčí ambulantně. Berry a Barrowclough (2009) zároveň upozorňují na možný vliv nedostatku aktivity a podnětů v ústavním prostředí na rychlejší deterioraci kognitivních funkcí. Tento vliv byl uvažován i v tomto výzkumném šetření, a to především vzhledem k výsledkům respondentů v subtestu Informace a Porozumění.

Nejhorší výkony osoby podávaly v subtestu Hledání symbolů, který měří pozornost. Funkce zde byly ve srovnání s výsledky jiných subtestů nejčastěji hodnoceny jako poškozené. V tomto subtestu se sice ukázala největší variabilita ve výkonech, která je pravděpodobně zapříčiněná především sníženou motivací respondentů, avšak poruchy pozornosti potvrzují i výsledky subtestu Opakování čísel, který také částečně měří schopnost zaměření a udržení pozornosti, a v němž se výkony pohybovaly v pásmu mírného poškození. Na poruchy pozornosti bylo možné usoudit i z kontaktu s respondenty a potvrdili ho i zaměstnanci domova se zvláštním režimem.

Ve výzkumném šetření tedy byl tedy verifikován výskyt deficitu v oblasti udržení koncentrace a flexibility pozornosti. To je v souladu s výsledky řady jiných výzkumů, které opakovaně zjišťují deficity v oblasti pozornosti již u osob po první epizodě schizofrenie. Například Kučerová et al. (2005) ve svém výzkumu potvrdila narušenou schopnost lidí se schizofrenií zaměřit a koncentrovat pozornost. Češková et al. (1999) sice zjistila, že u jisté části osob dochází po roce léčby ke zlepšení některých parametrů pozornosti, avšak tyto výsledky budou pravděpodobně vypovídat o té části populace, která dále nevyužívá sociální služby, pokud se deficit neobjeví v jiných oblastech.

Uvedené subtesty - Hledání symbolů a Opakování čísel - měří i některé oblasti paměti. Výsledky ukazují, že krátkodobá auditivní i pracovní paměť respondentů jsou minimálně mírně

poškozené. To je v souladu s výzkumy, které opakovaně potvrzují poškození paměti u osob se schizofrenií, a to ve všech fázích onemocnění (Rodriguez, Mohr, 2004; Weickert et al., 2000; Češková et al., 1999).

Je pravděpodobné, že i dlouhodobá paměť, měřená částečně subtestem Informace, je u některých respondentů poškozená. Výkony v tomto subtestu jsou však ovlivněny i možností zisku informací a vzděláním, a tak výsledky mohou u některých respondentů ukazovat spíše na to, že respondenti dotazované informace vůbec nezískali. Toto snížené množství a úroveň obecných i konkrétních znalostí a celkové informovanosti tak může být důsledkem schizofrenie, mentální retardace a dalších poruch, ale také nepodnětného prostředí, včetně institucionálního, jak upozorňuje Berry a Barrowclough (2009). Částečně by tomu nasvědčovala i skutečnost, že osoby byly většinou schopny vybavit si informace z osobní vzdálené minulosti, oproti obecným informacím požadovaným v subtestu.

K možnému potvrzení poškození (v pásmu mírně poškozených funkcí) v oblasti dlouhodobé paměti došlo i v subtestu Porozumění, přestože tento subtest je více zaměřen na obecné znalosti a na schopnost jejich využití v běžném životě. V tomto subtestu se také ukázala neschopnost některých respondentů pochopit zadání úkolu a uplatnit své znalosti při řešení obecných, zejména interpersonálních situacích.

Logický úsudek respondentů byl poměrně dobrý, výkony se blížily hranici podprůměru, a tak tuto schopnost nelze jako jedinou z kognitivních funkcí hodnotit jako deficitní. Výkony v tomto subtestu by měly nejvíce z provedených subtestů ukazovat na inteligenci osob. Přestože ve starší literatuře se objevuje názor, že inteligence lidí se schizofrenií nebývá poškozena (Janík, Dušek, 1987), objevují se i studie (např. Weickert et al., 2000; Fujii a Wylie, 2002), které potvrzují, že pokles inteligence u lidí, kteří trpí schizofrenií, je poměrně častý.

Výkony osob v oblasti paměťových a pozornostních funkcí se v souladu s opakovaně prováděnými výzkumy tedy pohybovaly v pásmu kognitivního deficitu. Vybraná skupina respondentů však podávala deficitní výkony i v oblasti dlouhodobé paměti, porozumění realitě nebo logického úsudku. Tuto skutečnost lze vysvětlit několika faktory, z nichž některé mohou ovlivňovat jak výsledky tohoto výzkumného šetření, tak vzájemné srovnání výsledků jednotlivých výzkumů.

Může se jednat například o dočasné vlivy snižující aktuální výkon respondenta během vyšetření: míra situační úzkosti, snížená motivace k podání výkonu, nedůvěra k vyšetřujícím, vnější faktory atp. Vliv těchto faktorů lze snížit vhodným přístupem examinátora, podobně má vliv na výkon také způsob vedení testu (zda se examinátor přesně drží testových instrukcí nebo zda instrukce modifikuje takovým způsobem, aby byl test srozumitelnější a respondent byl více motivován k výkonu). Examinátoři – a tedy i výsledky výzkumů - se mohou lišit v potenciale

větší či menší snaze maximalizovat výkon respondenta. Mnohem výraznějším vlivem na výkon respondentů však pravděpodobně byla přítomnost dalších duševních poruch a institucionalizace. Přesto je potřeba si uvědomit, že i tento faktor může komplikovat vzájemné srovnávání výsledků výzkumů.

Kromě uvedených faktorů, které mohly ovlivnit respondenty při podávání výkonů, a tedy i celkové výsledky šetření, je srovnání výsledků tohoto výzkumného šetření s výsledky jiných studií komplikováno zejména skutečností, že vzorky, skupiny respondentů, jsou často poměrně malé a liší se z hlediska různých faktorů: Do výzkumů jsou zařazováni lidé v různé fázi schizofrenie, s různou délkou onemocnění, rozdílným sociokulturním zázemím nebo zkušenostmi (včetně dlouhodobého pobytu v ústavním prostředí). Odlišnosti mezi výzkumnými vzorky jsou dány i zařazováním osob s dalšími (psychiatrickými) diagnózami, resp. poruchami a onemocněními, která mohou mít vliv na kognitivní funkce. Nebyl kupříkladu dohledán žádný výzkum, kde by skupina vyšetřovaných osob se schizofrenií zároveň vykazovala mentální retardaci. Výzkumníci se spíše snaží přítomnost osob s dalšími poruchami ve výzkumech eliminovat, aby mohli zkoumat samotný kognitivní deficit způsobený schizofrenií. Toto šetření je však zaměřeno na reálný popis osob využívajících pobytovou sociální službu, a tak by vyloučení osob s duálními diagnózami vedlo k velkému zkreslení výsledků a výsledky by tak neodpovídaly předpokládanému základnímu souboru uživatelů domova se zvláštním režimem.

Kromě rozdílů v charakteristikách vyšetřovaných skupin je srovnání komplikováno i rozdíly v použitých vyšetřovacích metodách a také v interpretaci výsledků (v pojetí hranice kognitivního deficitu).

Druhá skupina respondentů, zaměstnanci Domova se zvláštním režimem v přímé péči, byla tvořena dvaceti dvěma osobami z celkových třiceti požádaných o spolupráci. Jednalo se o 14 zdravotnických pracovníků a 8 pracovníků sociální péče. Pokud se zaměříme na vzdělání zaměstnanců, pak jako zdravotníky lze kvalifikovat nikoli čtrnáct, ale již osmnáct respondentů. Tato skutečnost může mít souvislost s celkově velkou medicalizací služby. Respondenti pracují s uvedenou cílovou skupinou od 2 měsíců do 34 let. Čtrnáct pracovníků, které jsou zaměstnány na pozicích zdravotní nebo staniční sestry, pracují v zařízení vždy delší dobu (až 34 let). Čtyři zaměstnanci, kteří pracují s klienty méně než rok, jsou vždy nově přijatí pracovníci sociální péče (pracovníci v sociálních službách). Jejich nástup souvisí se snahou transformovat zařízení z původně velmi zdravotnického na zařízení sociálních služeb v souladu s požadavky Standardů kvality sociálních služeb.

Pracovníci potvrdili, že se setkávají se situacemi, ve kterých se u klientů, se kterými pracují, projevuje kognitivní deficit: poruchy pozornosti, paměti a exekutivních funkcí. V každé

z těchto oblastí potvrdilo poruchy vždy cca osmdesát procent respondentů, zamítlo je kolem pěti procent osob a zbytek respondentů nevěděl nebo neodpověděl.

Přítomnost poruch si respondenti vysvětlovali především základním onemocněním a jeho souvislostmi (vedlejší účinky léků, halucinace, atrofie mozku ad.) a také dalšími fyziologickými stavy (mentální retardací, stárnutím, demencí atp.). Toto vysvětlení převažovalo u poruch paměťových funkcí, méně často se objevovalo u poruch pozornosti a v případě exekutivních funkcí jsou podle výpovědí respondentů poruchy způsobeny onemocněními jen v polovině. Pokud si tedy zaměstnanci nevysvětlovali deficit fyziologickými stavy, vysvětlovali si ho osobnostními charakteristikami klienta. Uváděli jak obecnější důvody (nálada, nezám, nedostatek motivace, povaha), tak konkrétní vlastnosti klientů (pasivita, pohodlnost, vypočítavost, zklamání ze života, nervozita, neklid, neschopnost odložit uspokojení svých potřeb, zájem o sebe, své myšlenky, snaha upozornit na sebe, nesoustředěnost, neklid, omezené zájmy) a osobní důvody spojené s vnějšími vlivy (absence návyku provádění činnosti, absence zkušenosti s plánováním, únava). Pouze velmi výjimečně zaměstnanci uvažovali o vnějších podmínkách, které mohou ovlivnit výkony osob (hluk, přítomnost dalších osob, nevhodně zvolené aktivity).

Přesvědčení zaměstnanců o původu projevů spojených s kognitivním deficitem pravděpodobně ovlivňuje rozhodování pracovníků o tom, jak na konkrétní projev klienta budou reagovat, které způsoby práce zvolí, a odráží se i v přístupu pracovníků ke klientům. Proto přesvědčení o negativních (např. pohodlnost, vypočítavost) nebo negativně působících (např. neschopnost odložit uspokojení svých potřeb) osobnostních charakteristikách klienta může značně komplikovat spolupráci. Podobně problematická je i skutečnost, že si zaměstnanci neuvědomují, že mohou sami nějakým způsobem ovlivnit konkrétní projevy poruch kognitivních funkcí v běžných situacích. V tomto smyslu se vyjádřil pouze jeden zaměstnanec a to v odpovědi týkající se udržení pozornosti (při nevhodném výběru činnosti se klientovi méně daří udržovat pozornost).

Poslední skupina otázek byla věnována právě způsobům a postupům využívaným při každodenní práci s klienty, u kterých se projevují poruchy v oblasti kognitivních funkcí. Již bylo uvedeno, že postupy, které volí zaměstnanci pro práci s klienty, kteří poruchy vykazují, mohou souviset s tím, jak si skutečnost přítomnosti narušení konkrétní funkce vysvětlují. Pracovníci uvedli těchto postupů poměrně málo (22 respondentů uvedlo celkem 200 odpovědí na 13 otázek), navíc se některé z nich nedají považovat za přiměřené či respektující specifické potřeby uživatelů služby. Někteří pracovníci se snaží na klienty působit pozitivně: motivovat je a využívat prvky, kterými by klienta ve výkonu povzbudili (pochvala, zařazení relaxace, společná činnost ad.). Oproti tomu jsou využívány i postupy, které nerespektují specifické potřeby klienta: pracovníci nereagují změnami ve způsobech spolupráce, trvají na postupu, který se neukazuje

jako užitečný a efektivní ad. Možná i v důsledku neefektivnosti spolupráce pracovníci někdy volí raději ukončení spolupráce nebo dochází k nadměrné kompenzaci schopností a potlačování vlastní vůle klienta bez ohledu na jeho potřeby. Celkově nejčastěji využívaným postupem je však opakování instrukce nebo sdělení.

Nepodařilo se dohledat jiný výzkum zabývající se tím, zda a jak kognitivní deficit u osob se schizofrenií vnímají zaměstnanci, kteří s těmito klienty pracují. V oblasti sociálních služeb lze znalost problematiky a specifických způsobů práce předpokládat u těch poskytovatelů, kteří své programy přímo zaměřují na rehabilitaci kognitivních funkcí (Denní psychoterapeutické sanatoriu Ondřejov, program Student občanského sdružení Baobab, program Tréninku kognitivních funkcí občanského sdružení Green Doors). U těchto poskytovatelů se tedy nejedná o pobytové sociální služby, kde by specifickým potřebám uživatelů vycházejícím z omezených kognitivních schopností bylo nutné přizpůsobovat každodenní běh služby nebo které by byly přímo zaměřeny na osvojování nebo udržování sociálních, interpersonálních a pracovních dovedností a návyků.

Ukázalo se, že zaměstnanci domova se zvláštním režimem nejsou příliš informováni o možné přítomnosti kognitivního deficitu u osob se schizofrenií a jeho projevech, ani o způsobech práce s těmito osobami. Nezohledňují narušení kognitivních funkcí klientů ve svém přístupu k nim, což vede k necitlivému jednání nebo přebírání odpovědnosti. To je v rozporu se současným pojetím sociálních služeb, které vyžaduje podporu a ochranu práv klienta se zvláštním zaměřením na právo na vlastní volbu a rozhodování o svém životě. Takový přístup vyžaduje maximální zapojení uživatele do spolupráce, do realizace a naplňování jeho osobních cílů, což u osob s poškozenými kognitivními funkcemi není možné bez adaptace přístupu k uživatelům na jejich specifické potřeby.

8.2 Diskuse k použité metodologii výzkumného šetření

Cílem práce bylo získání nových poznatků o skupině osob se schizofrenií využívajících pobytovou sociální službu Domov se zvláštním režimem a o skupině osob, které jsou těmito uživatelům služby v přímé péči. Bylo provedeno explorativní, deskriptivní výzkumné šetření zaměřené na získání maximálního množství informací týkajících se kognitivního deficitu.

Ve skupině osob se schizofrenií byly použity dotazníky a standardizované psychologické testy. Dotazníky základních informací o respondentech umožnily získat zejména informace o skutečnostech souvisejících s premorbidními schopnostmi uživatelů služby. Využití

standardizovaných testů pak umožnilo nejen srovnání výkonů respondentů v rámci populace, ale také do jisté míry zajišťuje validitu a reliabilitu výsledků.

Oproti tomu při práci s personálem by bylo pravděpodobně vhodnější zvolit jinou výzkumnou metodu. Přestože dotazníky podali určitou, i když velmi rámcovou informaci o schopnosti zaměstnanců identifikovat deficit kognitivních funkcí, jeho projevy a způsobech, jak na situaci, v které se projeví, reagují a jaké techniky používají, možná by bylo efektivnější použít semistrukturovaných rozhovorů, skupinových rozhovorů nebo pozorování. Ukázalo se totiž, že použití dotazníku dostalo všem obvykle uváděným rizikům a nevýhodám. Nebylo možno upřesnit si obsah některých odpovědí, výsledky byly závislé na schopnosti písemného vyjadřování, což se ukázalo jako problematické zejména při žádosti o popis postupů, a tak mohlo dojít k jejich zkreslení. Pro respondenty bylo také pravděpodobně obtížné rozlišit zaměření některých otázek, jejichž obsah se překrýval. Některé z těchto nevýhod by bylo možné částečně eliminovat například asistovaným vyplňováním dotazníku. Jak však bylo uvedeno výše, byl dotazník zvolen právě kvůli obavě zaměstnanců ze ztráty anonymity. Na druhou stranu lze informace získané dotazníkem považovat za orientační a výše uvedené alternativní možnosti by bylo možno využít k jejich doplnění.

9. DOPORUČENÍ

Výzkumným šetřením byl prokázán deficit kognitivních funkcí u osob se schizofrenií, které využívají sociální službu domov se zvláštním režimem. Také se ukázalo, že převážná většina zaměstnanců tohoto zařízení není o existenci kognitivního deficitu při schizofrenii příliš informována a také že nevyužívá žádné specifické způsoby a postupy práce, které by zohledňovaly potřeby uživatelů s kognitivním deficitem. Tato kapitola tedy bude věnována návrhům a doporučením pro práci s osobami, které vykazují kognitivní deficit v důsledku schizofrenie, jejichž cílem je facilitovat nejen proces učení v nejširším slova smyslu, ale také spolupráci klientů a pracovníků. Důraz bude kladen na postupy, které kompenzují kognitivní poruchy a které by mohly umožnit dospět k realizaci cílů klienta a alespoň částečnému osvojení nebo posílení jeho sociálního fungování a sociálních dovedností. Tato doporučení budou vycházet ze speciálně pedagogických zkušeností a metod využívaných v práci s osobami s mentálním postižením, tedy s osobami, které podobně jako někteří lidé se schizofrenií vykazují kognitivní deficit, i když na základě odlišné etiologie.

Pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním takové strategie prozatím nevyužívají. Domovy se zvláštním režimem dosud akcentují zdravotní stav klienta, tj. duševní nemoc, což vede k tomu, že se do jisté míry podobají psychiatrickým léčebnám: režimem, přístupem ke klientům, vzděláním, náplní práce zaměstnanců atd. Tato praxe se začíná pozvolna měnit. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách totiž požaduje, aby i pobyťová zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale právě také domovy se zvláštním režimem) nejen akceptovali, ale také podporovali realizaci lidských práv uživatelů služby, včetně práva na to, vést život běžným způsobem nebo práva rozhodovat o svém životě v maximální možné míře. To předpokládá efektivní komunikaci a spolupráci mezi pracovníky a zájemci o službu nebo uživateli služeb, která by měla zohledňovat jejich požadavky, představy a přání a podpořit maximální zapojení klienta do jejich definování, realizace a naplňování. Jedná se tedy o zdůraznění sociální, nikoli zdravotní, stránky člověka, jeho zapojení do společnosti a života, ve kterém by měl mít stejné možnosti jako druzí lidé.

Sociální fungování člověka, osvojování, ale také udržování sociálních, interpersonálních a pracovních dovedností souvisí – podle zahraničních zjištění – právě s hloubkou a rozsahem kognitivního deficitu. Omezení v těchto oblastech sice vedlo u řady uživatelů k rozhodnutí (nebo potřebě) využití sociální služby domova se zvláštním režimem, ale jedná se také o oblasti, v kterých se realizuje další spolupráce a rozvoj uživatele v rámci služby. Je proto nutné, aby byl přístup pracovníků k uživatelům adaptován na specifické potřeby vyplývající z poruch kognitivních funkcí.

Druhá část kapitoly bude věnována návrhům a podnětům pro další zkoumání, a to nejen v oblasti práce s osobami s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie v sociálních službách, ale také v oblasti teorie speciální pedagogiky.

9.1 Doporučení pro práci s osobami s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie

Kappl (2008, s. 74) vymezuje dilema sociálních pracovníků, které vystihuje i dilema práce zaměstnanců Domova se zvláštním režimem: „*Sociální pracovníci mají za úkol přizpůsobit své klienty nárokům společnosti, jinými slovy: musí umět zařídit, aby tito klienti žili normálním životem, jako všichni ostatní. Na druhou stranu jsou sociální pracovníci povinni činit to tak „šetrně“, jak je to maximálně možné. Přičemž všichni tušíme, že vyhovět oběma požadavkům zároveň není vždy jednoduché.*“ Dále prezentované návrhy a doporučení mohou přispět k adaptaci metod práce s lidmi s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie využívaných v pobytových sociálních službách – tedy zvyšovat „šetrnost“ metod a přístupu pracovníků ke klientům.

Jak bylo uvedeno, sociální (ale i zdravotnická) pobytová zařízení jsou dlouhodobě využívána zejména lidmi, jejichž snížená soběstačnost z důvodu zdravotního stavu vyžaduje zajištění podpory ze strany druhé osoby (za podmínky, že tuto podporu není možno realizovat v rámci přirozeného sociálního okolí nebo terénních, příp. ambulantních služeb). U řady osob toto zjištění nutnosti podpory širšího rozsahu předchází snaha o zlepšení sociálních dovedností nebo o znovuzapojení do společnosti. V tomto období lidé mohou procházet programy nácviku sociálních dovedností v psychiatrických léčebnách nebo v některých sociálních službách (chráněné bydlení ad.), které jsou zaměřené na podporu samostatného fungování osoby v běžném životě. Postupy v těchto programech zejména v sociálních službách však nebývají příliš strukturované (nejsou jasně stanovené kompetence, které má klient získat, oblasti nácviku dovedností nebo postupy, které budou využívány ve fázi motivace, k nácviku a fixaci dovednosti tak, jak je to stanoveno například v Libermanových programech nácviku sociálních dovedností). Postup dosahování cílů v sociálních službách bývá ve shodě se Standardy kvality sociálních služeb stanovován po dohodě s uživatelem většinou v podobě tzv. individuálního (rehabilitačního) plánu.

Pokud se inspiřujeme zahraničními rehabilitačními programy pro osoby s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie, které jsou založeny na nácviku dovedností, pak zejména obecnějšími požadavky na spolupráci, spíše než strukturou, která je často úzce tematicky zaměřena buď na oblast dovedností (např. dovednosti spojené s udržením práce nebo

konverzační dovednosti), nebo na specifickou cílovou skupinu (např. osoby odcházející z psychiatrické léčebny zpět do komunity nebo osoby se schizofrenií užívající návykové látky). Doporučení budou respektovat a kompenzovat kognitivní dysfunkce a budou vycházet z pedagogických zásad, zákonitostí a metod zmíněných v předešlých kapitolách. Doporučení jsou tedy směřována k facilitaci spolupráce klientů a pracovníků za kompenzace kognitivních poruch tak, aby bylo možno dospět k realizaci cílů a úplnému nebo částečnému osvojení nebo posílení sociálního fungování a sociálních dovedností klientů.

Jedná se o tyto návrhy a doporučení:

1. Individuální přístup
2. Zapojení a aktivizace
3. Přiměřenost
4. Opakování
5. Systematický postup
6. Zpětná vazba
7. Příležitosti a podpora při praktikování dovedností v reálném životě
8. Používání pomůcek a úprava prostředí
9. Dovednosti spojené se zvládnutím léčby a problémů vyplývajících z nemoci

Individuální přístup

Požadavek na uplatňování individuálního přístupu v oblasti školství a vzdělávání dětí a dospělých lidí s postižením znamená především respektování individuálních charakteristik a zvláštností osob ve vzdělávacím procesu. V sociální oblasti však navíc také představuje zjišťování osobních představ, zájmů a cílů klientů a také zohlednění jejich životního stylu, zvyků nebo specifických potřeb²², včetně těch, které vycházejí z poruch kognitivních funkcí.

²² Jesenský (2000, s. 89) definuje a hodnotí oblasti a výskyt specifických potřeb osob s duševním postižením (kam ovšem zahrnuje osoby s různými duševními onemocněními, viz výše) na následující stupnici:
1 (běžná frekvence) - 2 (mírně zvýšená frekvence specifických potřeb) - 3 (zvýšená frekvence) - 4 (vysoká frekvence):

Léčení a léčebná rehabilitace.....	4	Sociální rehabilitace.....	4
Pracovní rehabilitace a uplatnění.....	3	Psychorehabilitace.....	4
Speciální vzdělávání a výchova.....	1	Spolčování se stejně postiženými.....	1
Spolčování se s intaktními.....	3	Citové využití a uspokojení.....	4
Informovanost.....	1	Životní jistoty.....	4
Sexualita.....	3	Samostatnost a nezávislost.....	4
Technické úpravy vnějších podmínek...	1	Protetika, kompenzační pomůcky.....	1
Úpravy režimu a životosprávy.....	3	Zvýšení životních nákladů.....	1
Potřeba životního partnera.....	3	Kulturní a estetické vyžití.....	4
Rekreace, tělovýchova a sport.....	3	Právní potřeby a služby.....	2
Sociální péče a kurátorství.....	4	Represivní opatření.....	1

Jesenský neuvádí, z čeho hodnocení vychází, ani pro jakou specifickou skupinu osob je definováno. Některá z uvedených hodnocení potřeb by tedy byla k diskusi.

Konkrétní informace o existenci, rozsahu a hloubce kognitivního deficitu klientů v podobě výsledků psychologického vyšetření pracovníci v sociálních službách poskytovaných osobám se schizofrenií obvykle nemají k dispozici. Jak se však ukázalo ve výzkumném šetření, pracovníci domova se zvláštním režimem jsou schopni poškození kognitivních funkcí identifikovat v běžném, každodenním kontaktu s uživatelem služby. Klíčovým problémem tedy není potvrzení existence deficitu (s výjimkami), ale právě absence znalosti způsobů, jak reagovat v situaci, kdy se poruchy objeví a jak jim přizpůsobovat vzájemnou spolupráci. Navíc se jedná o sociální službu, jejímž cílem je podpora soběstačnosti klienta v péči o sebe, o své okolí a podpora při integraci do společnosti, nikoli rehabilitace kognitivního deficitu samotného. Pracovník tedy poskytuje podporu v konkrétních, specifických, praktických dovednostech a aktivitách, které klient praktikuje nebo by chtěl praktikovat ve svém každodenním životě (podobně i Kopelowicz et al., 2006). Pro tuto spolupráci je důležité, aby pracovníci byli obecně seznámeni s existencí a projevy deficitu v jednotlivých psychických funkcích a aby byli vůči těmto projevům citliví (aby byli schopni je v každodenním chování identifikovat). Klíčové jsou však kompetence personálu umožňující spolupráci s klientem, tedy znalost způsobů, jak spolupráci a prostředí, ve kterém uživatel žije, těmto specifikům přizpůsobit.

Zapojení a aktivizace

V současné době je kladen důraz na maximální možné zapojování osob do rozhodování o svém životě, tedy i do rozhodování o využití a do jisté míry i podobě sociální služby. Tato podmínka zájmu a aktivity ve spolupráci bývá vyžadována i v jiných oblastech, kde je k naplnění cíle nutná kooperace člověka se schizofrenií s druhou osobou - psychiatrem, psychoterapeutem atd. V sociálních službách obvykle znamená především zájem o cíle a představy klienta a vyjednávání o možnostech spolupráce na jejich naplňování, a to před zahájením poskytování i v průběhu služby. Pokud dlouhodobě dochází k rozhodování za klienta bez ohledu na jeho přání a potřeby, hrozí ztráta odpovědnosti, schopnosti rozhodovat sám za sebe, ale také nést důsledky svých rozhodnutí. Aby byla zvýšena motivace klienta a bylo zabraňováno pasivitě, musí klient cítit, že může ovlivňovat, co se s ním děje a že jeho vlastní potřeby a přání mají vliv na proces poskytování služby.

U klientů, kteří mají obtíže při stanovování vlastních cílů (resp. při formulaci toho, jak si představují svůj život vzhledem k možnostem) z důvodu snížené motivace, ale také třeba z důvodu dlouhodobého pobytu v institucionálním prostředí, zhoršeného zdravotního stavu atd., je nutné klienta zapojovat a aktivizovat při nejmenším prostřednictvím nabízení různých možností a informování o alternativách. Motivační a aktivizační účinek však bude tento postup mít pouze v případě, že pracovník následně respektuje výběr klienta, jeho volbu (Kopelowicz et

al., 2007). Dalším aktivizačním prvkem, který podporuje iniciativy a rozhodování klienta, je optimistický přístup pracovníka spojený s očekáváním a nadějí vůči klientovi. Pracovník musí dát uživateli najevo, že věří tomu, že klient má možnosti, perspektivu, přání a že ve svém životě ještě může něco dokázat.

Zapojem klienta do rozhodování o využití a dále pak i během využívání sociální služby předpokládá porozumění klienta tomu, co se s jeho osobou děje. Pokud se například v průběhu služby objeví cíl, který je komplexnější, k jehož dosažení je potřeba provést více jednotlivých úkonů nebo je potřeba nejprve zlepšit dílčí dovednosti a schopnosti, pak je nutné, aby klient rozuměl významu těchto jednotlivostí pro dosažení požadovaného cíle (klient si např. musí uvědomovat, jaký význam má jeho účast na programu tréninku paměti nebo na aktivitách zaměřených na rozvoj jemné motoriky pro dosažení jeho vlastních cílů).

Přiměřenost

Výběr metod a způsobů, jakým se bude odehrávat každodenní kontakt i nácvikové situace, musí odpovídat aktuálním dovednostem, zkušenostem, přáním, motivaci a specifickému profilu schopností klienta. Aby pracovník byl schopen zvolit přiměřené metody a způsoby spolupráce, musí ke klientovi přistupovat individuálně, avšak předpokládat a zvažovat specifika dané skupiny osob (v případě osob se schizofrenií si například musí být vědom, že na spolupráci mají vliv nejen pozitivní a negativní příznaky, ale také kognitivní deficit). V závislosti na konkrétních potřebách cíle je možné využívat následující prostředky zohledňující přítomnost kognitivního deficitu: střídání metod, obměňování činností, úprava obtížnosti úkolu, úprava délky spolupráce nebo využívání pomůcek. Vhodné využití těchto postupů má opět vliv na možnost zažít úspěch, a tak i na postoj klienta ke spolupráci i k dalšímu možnému dosahování cílů.

Při dosahování cíle, který je pro klienta obzvlášť významný nebo který vyžaduje velké úsilí, je potřeba zvolit takové strategie, kterými by se snížila zátěžovost situace alespoň na únosnou míru. Jesenský (2000, s. 167) definuje tento požadavek jako jeden z principů andragogiky osob s postižením (princip pohody, vyrovnanosti racionality a emotivity, přiměřenosti a prevence stresů). Osoby s duševním onemocněním jsou ke stresu obecně náchylnější a mají obtíže zvládat i každodenní situace. Tato vulnerabilita může být však dána nejen charakteristikami nemoci, ale i sníženou mírou zkušenosti v každodenních situacích, kterou je možné ovlivnit nácvikem a podporou při zvládnání těchto situací. Navíc určitá míra stresu a subjektivně pocíťované zátěže je běžná, a pokud klient chce žít běžným způsobem života, pak se jí pravděpodobně nevyhne. Mezi opatření, která mohou snižovat prožitek stresu, patří:

- maximální zapojení klienta do plánování průběhu realizace (kde, kdy, s kým, jakým způsobem bude probíhat realizace cíle nebo nácvik činnosti), respektování jeho návrhů a názorů,
- srozumitelná komunikace, včetně maximální možné srozumitelnosti cíle i průběhu spolupráce (využití pomůcek a srozumitelná formulace, ujišťování se o tom, zda klient rozumí pracovníkovi a pracovník klientovi),
- vhodně časované a přiměřené povzbuzování a pozitivní zpětná vazba,
- zařazování přestávek a relaxace v průběhu spolupráce,
- jasně definovaná pravidla spolupráce, a to pro klienta i pro pracovníka, resp. tým pracovníků.

Opakování

Opakování informace nebo instrukce pracovníkem se v provedeném dotazníkovém šetření personálu v domově se zvláštním režimem ukázalo jako nejvyužívanější metoda, kterou se personál snaží kompenzovat kognitivní deficit uživatelů služby, a to především v oblasti paměťových schopností a schopnosti zaměření a udržení pozornosti. Opakování vede k posílení spojení mezi podněty a reakcí a dochází při něm k fixaci materiálu, který má být naučen. Opakování je využíváno jako metoda podporující fixaci sdělení (opakování informací) nebo jako metoda umožňující postupný nácvik dovednosti (opakované vykonávání činnosti). Samotné opakování sdělení však nemusí být vždy účinné. Specifickému profilu poruch kognitivních funkcí je nutno přizpůsobit rychlost, celkovou dobu, rozsah podpory i způsob opakování. Při opakování je také nutno ověřovat, zda je opakované sdělení pro klienta srozumitelné. Pokud srozumitelné není, měl by být pracovník schopen podat sdělení jiným způsobem (i s využitím metod nebo prvků alternativní komunikace).

Při nácviku sociálních dovedností jsou právě počet a způsob opakování jedny z faktorů, které mají vliv na zvládnutí dovednosti. Zkušenosti ukazují, že je efektivnější nácvik provádět delší dobu (Lieberman et al. (1998) upozorňuje, že nácvik může trvat i několik měsíců či let), v počátku nácviku postupovat pomalu a nároky zvyšovat až postupně, s přibývajícimi dovednostmi (opakování za snižující se podpory druhé osoby nebo pomůcek). V počátku je také nutno klientovi věnovat zvýšenou pozornost, aby se opakováním nefixovaly případné chyby v provádění dovednosti, které se později obtížně přecvičovaly.

Systematický postup

Aby opakování vedlo k naučení nebo udržení dovedností, znalostí anebo dosažení cíle, musí být naplněn požadavek na systematický postup. Ve výzkumném šetření se ukázalo, že personál sice využívá například opakování, avšak spolupráci chybí dlouhodobější koncept

s jasným záměrem. Nové vědomosti, dovednosti a návyky by měly být osvojovány postupně, v ucelené soustavě, systému, jehož prvky na sebe srozumitelně navazují a propojují se s tím, co má klient již zafixováno a co zná.

Pracovník v sociální službě by se měl dohodnout s klientem nejen na cíli spolupráce, ale i na postupu nábvyku dovednosti, tak aby se postupně zvyšovala obtížnost úkolů, aby jednotlivé kroky na sebe navazovaly a klient si mohl postupně nabývané dílčí dovednosti zařazovat do systému již integrovaných znalostí a dovedností. Klient je tak opět maximálně zapojován do rozhodování o sobě a o způsobu, jakým je mu služba poskytována. Propojení mezi jednotlivými informacemi navíc usnadňuje zapamatování i vybavování si informace nebo postupu. Toto rozdělení složitějších úkolů na jednotlivé kroky nebo nacvičování dovednosti nejdříve v jednodušší podobě a teprve poté ve složitější, má opět i motivační účinek, protože umožňuje klientovi již v průběhu nábvyku zažívat úspěch.

Zpětná vazba

Pokud má člověk získat nové dovednosti, naučit se novým způsobům chování, znalostem nebo se adaptovat na nové prostředí, potřebuje získat zpětné informace o tom, zda se mu daří. Tyto informace klient získává nejen vlastním sledováním a porovnáváním stanovených a skutečně dosažených výsledků svých aktivit, ale také ze strany sociálního okolí, od druhých lidí. Zpětná vazba umožňuje nejen zpevnování správných odpovědí a výkonů a zdůrazňuje úspěchy, ale slouží také k minimalizaci chybných nebo nežádoucích spojení a zabraňuje tak jejich fixaci. Proto by jí pracovník měl umět podávat, a to systematicky, vhodným a srozumitelným způsobem. Opět je vhodné do hodnocení výkonů, tedy do posuzování, zda klient tím, co dělá, dosahuje požadovaných cílů a do posuzování každodenních výkonů v běžném životě, maximálně zapojit klienta (sebehodnocení).

Příležitosti a podpora při praktikování dovedností v reálném životě

Vzhledem k tomu, že domov se zvláštním režimem je služba dlouhodobá a předpokládá se, že převážná většina klientů jí bude využívat až do konce života (resp. že nedojde k takovému zlepšení dovedností klienta, aby byl schopen návratu do svého prostředí), bývá transfer naučených dovedností do běžného života oproti službám krátkodobým, více „nábvykovým“ (podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, sociální rehabilitace, služby následné péče ad.) poněkud podceňován. V současné době, kdy je však kladen důraz na zapojení klientů pobytových zařízení do komunity a normalizaci jejich života, je však nutné i v těchto službách podporovat klienty k realizaci dovedností a vztahů i mimo zařízení. Některé činnosti je tedy možné individuálně nebo skupinově nacvičovat v zařízení, avšak mimo zařízení je vhodnější

realizovat podporu uživatelů výhradně individuálně, aby nedocházelo k stigmatizaci klienta v komunitě.

I v průběhu pobytu klienta v domově se zvláštním režimem by tedy mělo docházet k bezprostřednímu, přirozenému praktikování sociálních dovedností, a to i v rámci běžného prostředí a komunity. U stávajících dovedností je tak možné předejít jejich vymizení; u nově nabytých dovedností dochází k jejich rozvoji, zlepšení a fixaci. Je také důležité, aby klient rozuměl, jaký je vztah mezi stanovenými cíli a podpůrnými aktivitami, které umožní naplnění cíle (klient musí například chápat, že cvičení jemné motoriky mu může pomoci lépe ovládat televizní ovladač).

Sociální služby musí příležitosti k praktikování dovedností aktivně vytvářet a podporovat, a to i přesto, že v řadě případů je jiný způsob vykonání činnosti rychlejší nebo spolehlivější zajišťuje konečný výsledek (např. je jednodušší klientům zajistit dovoz večeří, než je s nimi individuálně připravovat). Taková řešení však vedou pouze k důsledkům, které jsou obvykle označovány jako institucionalizační.

Používání pomůcek a úprava prostředí

Při spolupráci, ve které selhává verbální přenos informací, ale i tam, kde má klient omezenou schopnost orientovat se v situaci nebo prostředí z důvodu deficitu v kognitivních funkcích (zejména paměti a pozornosti), je možné využívat různé typy pomůcek, které usnadňují pochopení a fixaci materiálu, případně které pomáhají osobě zvládat požadavky každodenního života. V těchto případech, kdy je deficit takového rozsahu, že se klienti například ztěžně orientují ve svém okolí (podobně jako například někteří lidé s demencí nebo s mentálním postižením, jejichž obtíže také souvisí s poruchami kognitivních funkcí), je vhodné přistoupit k takovým úpravám, které prostředí zpřehledňují a zjednodušují a umožňují tak klientovi snižovat jeho handicap.

Může se jednat o obrázky, fotografie, slovní značení (slova nebo krátká slovní spojení) nebo schémata využitá podobným způsobem jako při alternativní a augmentativní komunikaci. Efektivita používání pomůcek je dána zapojením více analyzátorů, které při učení podpoří vznik vícečetných spojení mezi vnímanými jevy nebo představami a poté umožní i lepší vybavení informace. Vzhledem k nedostatku unifikovaných pomůcek si personál může vytvářet pomůcky sám nebo ve spolupráci s klientem tak, aby odpovídaly jeho specifickým potřebám a specifickým podmínkám, ve kterých klient žije.

Obrázek 1 – Pomůcka usnadňující přípravu léků do týdenního dávkovače.

RANO			VEČER				
LEPONEX	RIVORIL	AKINETON	LEPONEX	PROTHARANTISERON	RIVORIL	AKINETON	
Po	•	•	••	•	••	•	
Út	•	•	••	•	••	•	
St	•	•	••	•	••	•	
Čt	•	•	••	•	••	•	
Pá	•	•	••	•	••	•	
So	•	•	••	•	••	•	
Ne	•	•	••	•	••	•	

Pro osoby se schizofrenií je důležité, aby bylo přehledné i „psychosociální“ prostředí, tedy aby byly jasně definovány role a vztahy jednotlivých osob, ale u některých, aby také byl jasně strukturován program a cíle spolupráce.

Dovednosti spojené se zvládnutím léčby a problémů vyplývajících z nemoci

V zahraničních rehabilitačních programech je kladen velký důraz na zvyšování dovedností v oblasti zvládnutí léčby: užívání medikace a příznaků schizofrenie a spolupráce s lékařem a dalším zdravotnickým personálem. V domovech se zvláštním režimem bývají záležitosti související s medikací (kontrola množství, dávkování, expirace léčiv ad.) a spoluprací s lékařem (kontroly, informování o změnách zdravotního stavu atp.) zajišťovány zdravotnickým personálem. I tyto záležitosti by však měly být s klienty projednávány, klienti by měli být do těchto úkonů v maximální možné míře zapojováni. Služba by neměla automaticky a bez dohody s uživatelem přebírat odpovědnost za veškeré zdravotní záležitosti. Negativní důsledky to může mít především na ty klienty, kteří jsou schopni medikaci užívat samostatně. Také pokud se týká schopnosti spolupráce v případě zhoršování zdravotního stavu a prevence relapsů prostřednictvím vypracování účinných krizových plánů, je spolupráce klienta a jeho participace nezbytná.

9.2 Podněty pro další výzkum

Tato práce přinesla základní poznatky o skupině osob se schizofrenií využívajících sociální službu domova se zvláštním režimem a o skupině zaměstnanců v přímé péči. Byl potvrzen kognitivní deficit u vybrané skupiny respondentů. Již tato skutečnost by umožňovala

zaměřit se v dalším zkoumání na vztah mezi kognitivním deficitem a sociálními nebo adaptivními dovednostmi a sociálním fungováním osob se schizofrenií využívajících danou sociální službu nebo na zkoumání vlivu institucionalizace na dovednosti osob s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie. Zvýšený zájem by zasloužila i problematika duálních diagnóz (schizofrenie a škodlivé užívání návykových látek nebo mentální retardace) u uživatelů sociálních služeb.

Prostor k dalšímu zkoumání nabízí také rehabilitační programy využívané k nácviku sociálních a pracovních dovedností. Kromě prošetření efektivity nyní využívaných programů by bylo možné zmapovat možnosti využití zahraničních rehabilitačních programů (Re-Entry program, různé modifikace Libermanova programu Social and Independent Living Skills Program UCLA, Social Skills for Finding and Keeping a Job, Workplace Fundamental Skills Module ad.), případně jejich úpravu pro různé potřeby a služby (zdravotnické i sociální).

Na druhou stranu by bylo možné se více zaměřit na personál sociálních služeb určených osobám se schizofrenií. V České republice bylo realizováno několik šetření kvalifikačních a vzdělávacích potřeb pracovníků sociálních služeb (např. Musil a kol., 2005 a 2006), která však nebyla zaměřena na služby pro osoby se schizofrenií. Bylo by tedy možno zaměřit se například na vztah mezi kvalifikací, dovednostmi a schopnostmi personálu a potřebami cílové skupiny.

Pokud se vrátíme k otázce speciálně pedagogické teorie, pak by jistě mohly být více rozpracovány možnosti zařazení osob se schizofrenií (resp. duševními onemocněními) do oboru a speciálně pedagogické možnosti jejich podpory v integraci do společnosti.

Tato disertační práce je zaměřena na problematiku kognitivního deficitu při schizofrenii u osob využívajících pobytovou sociální službu domov se zvláštním režimem. Kognitivní deficit, který vzniká v důsledku schizofrenie, je charakterizován především sníženou úrovní schopností v oblasti paměti a pozornosti, ale také exekutivních funkcí. Deficit přetrvává i v období remise nemoci a je poměrně resistantní vůči všem v současné době užívaným intervencím. Ukazuje se, že jak efekt farmakologické intervence, tak neuropsychologické rehabilitace kognitivních funkcí není příliš výrazný. Trochu zřetelnějších výsledků je dosahováno socioterapeutickými přístupy (zejména ergoterapií a nácvikem sociálních dovedností). Zároveň je deficit v kognitivních funkcích klíčovým prediktorem úrovně sociálních a adaptivních dovedností a schopnosti uplatnit se v běžném, každodenním životě (včetně uplatnění pracovního).

O lidech se schizofrenií, kteří v České republice využívají sociální služby, nemáme příliš relevantních poznatků. Lze však předpokládat, že i u této skupiny osob jsou důvodem k využívání pobytových sociálních služeb právě snížené sociální dovednosti. Přítomnost deficitu v uvedených kognitivních funkcích byla v souladu s tuzemskými i zahraničními výzkumy potvrzena téměř u všech respondentů, uživatelů služby domov se zvláštním režimem, kteří se zúčastnili výzkumného šetření realizovaného v rámci této práce. Oproti výsledkům jiných studií bylo u tohoto výzkumného vzorku zjištěno hlubší poškození kognitivních funkcí. To mohlo být způsobeno zejména účelovým výběrem respondentů v zařízení sociálních služeb, ale také účastí respondentů, jejichž výkon může být ovlivněn dalšími poruchami (mentální retardace, nadměrné užívání alkoholu v minulosti ad.) nebo dlouhodobým pobytem respondentů v institucích. Kromě informací o kognitivním deficitu v jednotlivých oblastech byl podán orientační, ale ucelený a systematický popis této specifické skupiny.

Komplementárně k problematice kognitivního deficitu uživatelů služby bylo provedeno dotazníkové šetření zaměřené na personál, který je těmto klientům v přímé péči. Bylo zjišťováno, jaké tyto osoby mají pro svou práci kvalifikaci, zda jsou schopni projevy kognitivního deficitu v každodenní práci s klienty identifikovat, jak si je vysvětlují a zda mu přizpůsobují svou práci. Personál potvrdil, že se setkává s projevy kognitivních poruch. Nevysvětluje si je však vždy relevantním způsobem. Někteří zaměstnanci jsou přesvědčeni o tom, že projevy deficitu jsou důsledkem osobnostních charakteristik uživatele služby a nejsou si téměř vědomi svého vlastního vlivu na projevy poruch v každodenní spolupráci. Tato skutečnost může být důvodem k omezenému využívání specifických způsobů práce s uživateli služby.

Obtíže ve spolupráci, které personál domova se zvláštním režimem pocítuje ve spolupráci a v každodenním kontaktu s uživateli služby, a zároveň resistance deficitu kognitivních funkcí vůči psychofarmakům i některým terapeutickým intervencím neumožňující

reálné a prokazatelné zlepšení funkcí, dává prostor pro uplatnění zkušeností speciální pedagogiky. Zejména psychopedie disponuje metodami a postupy, které umožňují podpořit osoby s kognitivním deficitem sice odlišné etiologie, ale podobných projevů. Z tohoto důvodu byly v závěru práce podány návrhy a doporučení pro každodenní praxi i nácvik a udržování dovedností, které vycházejí ze (speciálně) pedagogických zkušeností s osobami, které také vykazují poškození kognitivních funkcí. Tyto návrhy nepředstavují nový program nebo ucelený postup nácviku konkrétních dovedností, ale naopak se snaží podpořit transformaci neefektivních postupů a způsobů práce s klientem takovým způsobem, aby lépe odpovídaly individuálním potřebám, možnostem a schopnostem osob s kognitivním deficitem.

Zkušenosti speciální pedagogiky s osobami s kognitivním deficitem na jedné straně a obtíže osob se schizofrenií v běžném životě na druhé vedli k úvahám o zařazení cílové skupiny osob do oboru speciální pedagogika. V práci byl podán návrh na zařazení osob s duševním onemocněním do (českého) speciálně pedagogického podboru psychopedie, a to s vědomím řady odlišností i podobností mezi skupinou do tohoto podboru tradičně spadající – osobami s mentální retardací - a osobami s duševním onemocněním. Psychopedie by tak mohla být nově definována nikoli diagnózou jako takovou, ale přítomností kognitivního deficitu (bez ohledu na jeho etiologii) a obtížemi, které způsobuje v běžném, každodenním životě osoby. Tento návrh by samozřejmě zasloužil hlubší prozkoumání.

Tato práce byla zaměřena na deficit kognitivních funkcí a na jeho vliv na spolupráci člověka se schizofrenií s personálem poskytujícím sociální službu. Je však potřeba zdůraznit, že snížení kognitivních funkcí je pouze jednou z možných charakteristik osob se schizofrenií. Návrhy a postupy, které mají zvýšit srozumitelnost a zlepšit a zefektivnit spolupráci, však vychází z přesvědčení, že i člověk s obtížemi v řadě oblastí (nejedná se jen o kognitivní deficit, ale i o další, pozitivní a negativní, příznaky schizofrenie) může žít smysluplný život - jen v něm potřebuje podporu druhých osob. Právě srozumitelnost a dobrá spolupráce s druhými (tj. u lidí s dlouhodobým a těžkým postižením převážně s personálem sociálních a zdravotních služeb) může přispět u těchto osob k relativní spokojenosti se svým životem. Záměrem tedy nebylo detekovat kognitivní deficit jako takový, ale spíše upozornit na jeho existenci a nutnost přizpůsobovat mu způsoby spolupráce.

Tato disertační práce byla věnována problematice kognitivního deficitu při schizofrenii u osob využívajících pobytovou sociální službu Domov se zvláštním režimem. Kognitivní deficit, který vzniká v důsledku schizofrenie, přetrvává i v období remise nemoci a je charakterizován sníženými schopnostmi v oblasti paměti, pozornosti a exekutivních funkcí. Deficit je poměrně resistantní vůči všem aktuálně užívaným intervencím a zároveň je klíčovým prediktorem úrovně sociálních a adaptivních dovedností a schopnosti uplatnit se v běžném, každodenním životě.

V rámci výzkumného šetření byl ve skupině respondentů, uživatelů služby Domov se zvláštním režimem, prokázán deficit v kognitivních funkcích. Poškození bylo ve srovnání s jinými výzkumy hlubší, což však bylo pravděpodobně způsobeno specifiky daného vzorku. Kromě informací o kognitivním deficitu v jednotlivých oblastech byl podán orientační, ale ucelený a systematický popis této specifické skupiny. Komplementárně k problematice kognitivního deficitu uživatelů služby bylo provedeno dotazníkové šetření zaměstnanců, kteří jsou těmto klientům v přímé péči. Personál potvrdil, že se setkává s projevy kognitivních poruch. Tyto projevy si však vždy nevysvětluje přiměřeným způsobem, což může být důvodem, proč nejsou příliš využívány efektivní způsoby práce s uživateli služby.

Tyto obtíže ve spolupráci i v každodenním kontaktu personálu s uživateli služby a zároveň resistance deficitu kognitivních funkcí vůči psychofarmakům i některým terapeutickým intervencím dává prostor pro uplatnění speciální pedagogiky, resp. psychopedie. V závěru práce tedy byly podány návrhy a doporučení pro každodenní praxi i nácvik a udržování dovedností, které vycházejí ze (speciálně) pedagogických zkušeností s osobami, které vykazují poškození kognitivních funkcí sice odlišné etiologie, ale podobných projevů. Tyto návrhy nepředstavují nový program nebo ucelený postup nácviku konkrétních dovedností, ale naopak se snaží podpořit transformaci neefektivních postupů a způsobů práce s uživateli služby takovým způsobem, aby lépe odpovídaly individuálním potřebám, možnostem a schopnostem osob s kognitivním deficitem.

Vzhledem k nedostatečnému ukotvení uvedené problematiky v oboru speciální pedagogika byl v rámci práce také podán návrh na zařazení osob s duševním onemocněním do (českého) speciálně pedagogického podoboru psychopedie, a to s vědomím řady odlišností i podobností mezi skupinou do tohoto podoboru tradičně spadající – osobami s mentální retardací - a osobami s duševním onemocněním. Psychopedie by tak mohla být nově definována nikoli diagnózou jako takovou, ale přítomností kognitivního deficitu (bez ohledu na jeho etiologii) a obtížemi, které způsobuje v běžném, každodenním životě osoby.

SUMMARY

The present dissertation addresses the problem area of cognitive deficit occurring with clients suffering from schizophrenic illness, using the *Domov* residential social service running a special treatment scheme (hereinafter referred to only as the “*Domov facility*”). The cognitive deficit arising as a result of schizophrenia survives even in the illness remission period, and is characterized by decreased abilities in areas such as memory, attention, and executive functions. Deficit is pretty much resistant to any and all currently applied interventions, being a major predictor of the level of social and adaptive skills as well as for the ability to come into one's own in ordinary everyday life.

As part of the research study carried out in the *Domov facility*, a deficit in cognitive functions was ascertained in a group of respondents – users of the *Domov facility*. Compared with other research studies, the damage was deeper; that, however, is likely to have been caused by the specifics of the sample involved. Apart from information on the cognitive deficit in the respective areas, an indicative yet comprehensive and systematic description of the aforementioned specific group was produced. As a complement to the issue of cognitive deficit of the service users, a questionnaire survey of the *Domov facility* staff providing direct service to the said clients was held. The staff actually confirmed coming across manifestations of cognitive disorders. These are, however, not interpreted in an adequate enough way; that, then, is likely to be the reason why effective methods and techniques are not employed very much in contact with the service users.

These hindrances in both cooperation and everyday contact of the *Domov facility* staff with clients harnessing its service, combined with the resistance of the cognitive functions' deficit to mind-altering drugs, including some therapeutic interventions, lend room for the pursuit of specialist pedagogy or – as the case may be – to psychopaedia.

Hence, in the closing part of the thesis, hints and recommendations for everyday practice, honing and maintenance of skills/capabilities, ensuing from (specialist) pedagogic experiences gained in contact with persons exhibiting a damage of cognitive functions that are admittedly different in etiology yet similar in manifestations thereof. Rather than epitomizing a novel program or a consistent procedure for drilling particular skills, these hints and recommendations seek to encourage the transformation of non-efficient procedures and methods of handling the service users in a way likely to better match individual needs, opportunities and abilities of cognitive deficit-stricken individuals.

Owing to the insufficient anchorage of the said problem area within the field of specific pedagogy, under the thesis, a proposal was submitted to place persons suffering from mental illness on the list of (Czech) psychopaedia, i.e. a specialist pedagogy sub-branch, namely on the awareness of a number of variations and similarities between the group traditionally falling into the said sub-branch, i.e. individuals suffering from mental retardation, and individuals with mental health disorders.

In that way, psychopaedia could be newly defined, rather than by diagnosis per se, through the presence of the cognitive deficit – irrespective of etiology thereof – and through hindrances it causes in ordinary everyday life of the individual concerned.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Addington, J.; Addington, D. *Neurocognitive and Social Functioning in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, roč. 25, 1999, č. 1, s. 173-182.
2. Araki, H.; Suemaru, K.; Gomita, Y. *Neuronal Nicotinic Receptor and Psychiatric Disorder: Functional and Behavioral Effects of Nicotine*. Japan Journal of Pharmacology, 2002, č. 88, s. 133 – 138.
3. Bartels, S. J. et al. *Evidence-Based Practices in Geriatric Mental Health Care*. Psychiatric Services, roč. 53, 2002, č. 11, s. 1419 – 1431.
4. Bartoňová, M.; Bazalová, B.; Pipeková, J. *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.
5. Baudiš, P. *Úkony prováděné bez souhlasu pacienta v psychiatrii*. Československá psychologie, 1994, roč. 38, č. 2, s. 165 - 172.
6. Bazalová, B. *Psychopedie*. In: Pipeková, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0. S. 269 – 286.
7. Bell, M.; Bryson, G.; Greig, T.; Corcoran, C.; Wexler, B. E. *Neurocognitive Enhancement Therapy With Work Therapy. Effects on Neuropsychological Test Performance*. Arch Gen Psychiatry, roč. 58, 2001, 763 – 768.
8. Bellack, A. S.; Morrison, E. R.; Wixted, J. T.; Mueser, K. T. *An Analysis of Social Competence in Schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 1990, č. 156, s. 809 – 818.
9. Bellack, A. S.; Gold, J. M.; Buchanan, R. W. *Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies*. Schizophrenia Bulletin, roč. 25, 1999, č. 2, s. 257-274.
10. Berry, K.; Barrowclough, C. *The needs of older adults with schizophrenia Implications for psychological interventions*. Clinical Psychology Review, roč. 29, 2009, č. 1, s. 68–76
11. Borge, L.; Martinsen, E. W.; Ruud, T.; Watne, Q.; Friis, S. *Quality of Life, Loneliness, and Social Contact Among Long-Term Psychiatric Patients*. Psychiatric Services, roč. 50, 1999, č. 1, s. 81 – 84.
12. Bouček, J. *Vývoj psychiatrické péče – od stacionární ke komunitní – 2. Část*. Psychiatrie pro praxi, 2002, č. 2, s. 77 – 80.
13. Bowie, C. R. et al. *Determinants of Real-World Functional Performance in Schizophrenia Subjects: Correlations With Cognition, Functional Capacity, and Symptoms*. American Journal of Psychiatry, 2006, č. 163, s. 418 – 425.
14. Bowie, C. R.; Serper, M. R.; Riggio, S.; Harvey, P. D. *Neurocognition, Symptomatology, and Functional Skills in Older Alcohol-Abusing Schizophrenia Patients*. Schizophrenia Bulletin, roč. 31, 2005, č. 1, str. 175–182.
15. Brekke, J. S.; Hoe, M.; Long, J.; Green, M. F. *How Neurocognition and Social Cognition Influence Functional Change During Community-Based Psychosocial Rehabilitation for Individuals with Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, roč. 33, 2007, č. 5, str. 1247–1256.
16. Brown, C. E.; Rempfer, M. V.; Hamera, E.; Bothwell, R. *Knowledge of Grocery Shopping Skills as a Mediator of Cognition and Performance*. Psychiatric Services, roč. 57, 2006, č. 4, s. 573 – 575.

17. Bruthansová D. a kol. *Sociální hospitalizace*. Praha: VÚPS, 2000. [online]Dostupné na <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/SocHos.pdf>>, [cit. 3. 2. 2009].
18. Carpenter, W. T.; Heinrichs, D. W.; Wagman, A. M. I. *Deficit and Nondeficit Forms of Schizophrenia: The Concept*. American Journal of Psychiatry, 1988, č. 145, s. 578 – 583.
19. Cnaan, L. et al. *Psychosocial Rehabilitation: towards a definitiv*. Psychosocial Rehabilitation Journal, roč. 11, 1998, č. 4, s. 61 – 77.
20. Couture, S. M.; Penn, D. L.; Roberts, D. L. *The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review*. Schizophrenia Bulletin, roč. 32, 2006, Supplement č. 1, s. S44 – S63.
21. Černá, M. a kol. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
22. Černoušek, M. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-086-4.
23. Češková, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9.
24. Češková, E.; Špaček, J.; Šindelářová, M. *Kognitivní dysfunkce a efekt léčby u schizofrenní poruchy*. Československá psychologie, 43, 1999, č. 6, s. 527 – 535.
25. Dickerson, F.; Boronow, J. J.; Ringel, N.; Parente F. *Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up*. Schizophrenia Research, roč. 37, 1999, s. 13–20.
26. Dickinson, D.; Bellack, A. S.; Gold, J. M. *Social/Communication Skills, Cognition, and Vocational Functioning in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, roč. 33, 2007, č. 5, s. 1213–1220.
27. Dorner, K.; Plug, U. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
28. Dragomirecká, E. a kol. *SQUALA. Příručka pro uživatele Dotazníku subjektivní kvality života*. Praha: PCP, 2006. ISBN 80-85121-47-6.
29. Eckman, T. A. et al. *Technique for Training Schizophrenic Patients in Illness Self-Management: A Controlled Trial*. American Journal of Psychiatry, 1992, č. 149, s. 1549 – 1555.
30. Ferjenčík, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
31. Fischer, S.; Škoda, J. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
32. Friedman, J. I.; Temporini, H.; Davis, K. L. *Pharmacologic Strategies for Augmenting Cognitive Performance in Schizophrenia*. Biological Psychiatry, 1999, č. 45, s. 1–16.
33. Fujii, D. E.; Wilie, A. M. *Neurocognition and community outcome in schizophrenia: Long-term predictive validity*. Schizophrenia research, 2002, č. 59, s. 219 – 223.
34. Galletly, C. A.; Clark, C. R.; MacFarlane, A. C. *Treating cognitive dysfunction in patients with schizophrenia*. Journal of Psychiatry&Neuroscience, roč. 25, 2000, č. 2, s. 117 – 124.
35. Green, M. F. *What Are the Functional Consequences of Neurocognitive Deficits in Schizophrenia?* American Journal of Psychiatry, 1996, č. 153, s. 321 - 330.

36. Green, M. F.; Kern, R. S.; Heaton, R. K. *Longitudinal Studies of Cognition and Functional Outcome in Schizophrenia: Implications for MATRICS*. Schizophrenia Research, 2004, č. 72, s. 41 – 51.
37. Hartl, P.; Hartlová, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.
38. Harvey, P. D. et al. *Symptoms, Cognitive Functioning, and Adaptive Skills in Geriatric Patients With Lifelong Schizophrenia: A Comparison Across Treatment Sites*. American Journal of Psychiatry, 1998; č. 155, s. 1080 – 1086.
39. Harvey P. D.; Parrella M.; White L.; Mohs, R. C; Davidson, M.; Davis, K. L. *Convergence of cognitive and adaptive decline in late-life schizophrenia*. Schizophrenia Res., roč. 35, 1999; s. 77 - 84.
40. Harvey, P. D.; Koren, D.; Reichenberg, A.; Bowie, C. R. *Negative Symptoms and Cognitive Deficits: What Is the Nature of Their Relationship?* Schizophrenia Bulletin, roč. 32, 2006, č. 2, s. 250 – 258.
41. Heaton, R. K. et al. *Stability and Course of Neuropsychological Deficits in Schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry, 2001; č. 58, s. 24-32.
42. Hogarty, G. E. et al. *Kognitivní terapie schizofrenie*. Arch. Gen. Psychiatry – Čs., 3, 2005, č. 1, s. 17 – 28.
43. Hogarty, G. E.; Flesher, S. *Practice Principles of Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, roč. 25, 1999, č. 4, s. 693 – 708.
44. Höschl, C.; Libiger, J.; Švestka, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
45. Chráška, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
46. Jaeger, J.; Berns, S. M.; Czobor, P. *The Multidimensional Scale of Independent Functioning: A New Instrument for Measuring Functional Disability in Psychiatric Populations*. Schizophrenia Bulletin, roč. 29, 2003, č. 1, s. 153 – 167.
47. Janík A.; Dušek K. *Diagnostika duševních poruch*. Praha: Avicenum, 1987.
48. Jesenský, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
49. Jeste, D. V. et al. *Aging and outcome in schizophrenia*. Acta Psychiatrica Scandinavia, 2003, č. 107, s. 336 – 343.
50. Kappl, J. Ericksoniánské přístupy a dilema moci. In: Janebová, R.; Kappl, M.; Smutek, M. (eds.) *Sociální práce. Mezi pomocí a kontrolou*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008, s. 56 – 76. ISBN 978-80-7041-118-6.
51. Kebza, V.; Pechačová, Z. *Úvod do psychologické metodologie*. Praha: PEF ČZU, 2001. ISBN 80-213-0792-7.
52. Kern, R. S.; Green, M. F.; Nuechterlein, K. H.; Deng, B. *NIMH-MATRICES survey on assessment of neurocognition in schizophrenia*. Schizophrenia Research, 2004, č. 72, s. 11 – 19.
53. Klingberg, S. et al. *Collaboration in outpatient antipsychotic drug treatment: Analysis of potentially influencing factors*. Psychiatry Research, 2008, č. 161, s. 225–234.
54. *Koncepce oboru psychiatrie* [online]. Schválená v Praze dne 15. ledna 2001. Dostupné na <<http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/koncepceoborupsychiatrie?MenuItemId=170>>, [cit. 4. 11. 2008].

55. *Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze. Podkladový materiál pro Zdravotní výbor Zastupitelstva Hlavního města Prahy* [online]. Praha, 2003. Dostupné na <<http://www.ceskapsychiatrie.cz/>>, [cit. 30. 12. 2009].
56. Kopelowicz, A.; Liberman, R. D. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. In: Nathan, P. E.; Gorman, J. M. *Treatments That Work* London: Oxford Univerzity Press, 1998, s. 190 – 211.
57. Kopelowicz, A.; Liberman, R. P.; Wallace, C. J. *Psychiatric Rehabilitation for Schizophrenia*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Roč. 3, 2003, č. 2, s. 283 – 298.
58. Kopelowicz, A.; Liberman, R. P.; Zarate, R. *Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia*. Schizophrenia. Bulletin, roč. 32, 2006, Supplement č. 1, s. S12 – S23.
59. Kopelowicz, A.; Wallace, C. J.; Liberman, R. P. Psychiatric Rehabilitation. In: Gabbard, G. O. (ed.) *Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2007, s. 361 – 379.
60. Koukolík, F. *Lidský mozek*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-379-X.
61. Koukolík, F. *O vztahu lidského mozku a chování*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 807184-276-1.
62. Koukolík, F. *Strukturální změny mozku při schizofrenii a afektivních psychózách*. Čs. Psychiatrie, 88, 1992, č. 6, s. 307- 314.
63. Krejčířová, D.; Boschek, P.; Dan, J. *WISCI-III - Wechslerova inteligenční škála pro děti*. Praha: Testcentrum, 2002.
64. Kučerová, H.; Kunovská M.; Příkryl, R.; Navrátilová, P.; Černík, M. *Profil kognitivního poškození u schizofrenních pacientů a pacientů s depresivní poruchou*. Československá psychiatrie, 101, 2005, č. 8, str. 412-421.
65. Kučerová, H.; Říhová, Z. *Kognitivní deficit u schizofrenie*. In: Preiss, M.; Kučerová H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4. s. 189 – 233.
66. Kulišťák, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.
67. Látalová, K.; Pidrman, V.: *Dlouhodobá terapie schizofrenie*. Psychiatrie pro Praxi, 2006, č. 4, s. 158 – 160.
68. Lenderová, Z. *Poruchy kognitivních funkcí u nemocných schizofrenií*. Československá psychiatrie, 2004, č. 2, str. 73-77.
69. Levin, E. D., Rezvani, A. H. *Development of nicotinic drug therapy for cognitive disorders*. European Journal of Pharmacology, 2000, č. 393, s. 141–146.
70. Liberman, R. P. *Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons With Persistent Schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, 1998, č. 155, s. 1087 – 1091.
71. Liberman, R. P.; Silbert, K. *Community Re-Entry: Development of Life Skills*. Psychiatry, 68, 2005, č. 3, s. 220 – 229.
72. Libiger, J. *Schizofrenie*. Praha: PCP, 1991. ISBN 80-85121-13-1.
73. Lieberman J. A. et al. *Vliv antipsychotik na morfologii mozku při léčbě první epizody psychózy*. Arch. Gen. Psychiatry – Čs., 3, 2005, č. 3, s. 152 – 161.

74. Marková, E.; Venglářová, M.; Babiaková, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-274-1151-6.
75. Mášová, H. *Půjdeš do ústavu! (?) Pokus o reformu péče o lidi s mentálním postižením a psychicky a nervově nemocné v meziválečném Československu*. Speciální pedagogika, 18, 2008, č. 1, s. 43 – 53.
76. Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
77. Medalia, A.; Revheim, N.; Casey, M. *The Remediation of Problem-Solving Skills in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, roč. 27, 2001, č. 2, s. 259 - 267.
78. *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: PCP, 2000. ISBN 80-85121-4-1.
79. Mohr, P. *Deficitní syndrom ve schizofrenii: přehled*. Psychiatrie, 1998, č. 2, s. 94 – 102.
80. Mohr, P. *Možnosti farmakologického ovlivnění kognitivního deficitu u schizofrenie*. In: Preiss, M.; Kučerová H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4. s. 293 – 303.
81. Moriana, J. A.; Alarcón, E.; Herruzo, J. *In-Home Psychosocial Skills Training for Patients With Schizophrenia*. Psychiatric Services, roč. 57, 2006, s. 260 – 262.
82. Motlová, L., Koukolík, F. *Schizofrenie: Neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.
83. Motlová, L.; Holub, D. *Compliance a adherence: spolupráce při léčbě*. Remedia, roč. 6, 2005, č. 15, s. 514 – 516.
84. Možný, P.; Praško, J. *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.
85. Mueser, K. T. et al. *The Effectiveness of Skills Training for Improving Outcomes in Supported Employment*. Psychiatric Services, roč. 56, 2005, s. 1254 – 1260.
86. Musil, L.; Hubíková, O.; Kubalčíková, K.; Dvořáková, M. *Kvalifikace pracovníků v sociálních službách. Průběžná zpráva*. Praha: VÚPSV - výzkumné centrum Brno, 2005. [online] Dostupné na < http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_168.pdf>, [cit. 28. 5. 2008].
87. Musil, L.; Hubíková, O.; Kubalčíková, K. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory. Závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: VÚPSV Praha - výzkumné centrum Brno, 2006. [online] Dostupné na < http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_221.pdf>, [cit. 28. 5. 2008].
88. Mužík, J. *Androdidaktika*. Praha: ASPI, 2004. ISBN 80-7357-045-9.
89. Nakonečný, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0628-1.
90. Nasrallah, H. A.; Targum, S. D.; Tandon, R.; McCombs, J. S.; Ross, R. *Defining and Measuring Clinical Effectiveness in the Treatment of Schizophrenia*. Psychiatric Services, 2005, č. 56, s. 273 – 282.
91. Nondek, M.; Benešová, M. *Jak vrátit poznávací schopnosti schizofrenikům*. Psychologie Dnes, roč. 13, 2007, č. 11, s. 40 – 43.
92. Nuechterlein, K. H. et al. *Identification of separable cognitive factors in schizophrenia*. Schizophrenia Research, 2004, č. 72, s. 29– 39.
93. Pečeňák J. a kol. *Kapitoly o schizofrenii*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-201-4.

94. Perglová, P. *Kognitivní rehabilitace u pacientů se schizofrenií*. In: Preiss, M.; Kučerová H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4. s. 349 – 362.
95. Pipeková, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
96. Praško J. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Medical Tribune Group, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
97. Praško, J. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
98. Preiss, M. *Jak (ne)měřit kognitivní funkce*. *Psychiatrie pro Praxi*, 2007, č. 1, s. 44 – 45.
99. Preiss, M. *Počítačová rehabilitace psychických funkcí*. *Československá psychologie*, roč. XLI, 1997, č. 3, s. 254 – 256.
100. Preiss, M. a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.
101. Preiss, M. *Měření kognitivního deficitu*. *Psychiatrie*, 2005, roč. 9, č. 2, s. 97 – 99.
102. Preiss, M.; Kučerová H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4.
103. Preiss, M.; Rodriguez, M.; Kawaciuková, R.; Laing, H. *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha. Klinické vyšetření základních kognitivních funkcí*. Praha: PCP, 2007.
104. Reeder, C.; Newton, E.; Frangou, S.; Wykes, T. *Which Executive Skills Should We Target to Affect Social Functioning and Symptom Change? A Study of a Cognitive Remediation Therapy Program*. *Schizophrenia Bulletin*, roč. 30, 2004, č. 1, s. 87 - 100.
105. Roder, V.; Brenner, H. D.; Kienzle, N.; Hodel, B. *Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty*. Praha: Triton, 1993. ISBN 80-901521-3-9.
106. Roder, V.; Mueller, D. R.; Mueser, K. T.; Brenner, H. D. *Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective?* *Schizophrenia Bulletin*, roč. 32, 2006, Supplement č. 1, s. S81 – S93.
107. Rodriguez, M. *Úvod do problematiky neuropsychologické rehabilitace*. In: Preiss, M.; Kučerová H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4. s. 333 – 347.
108. Rodriguez, M., Mohr, P. *Paměť a schizofrenie*. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, č. 3, s. 118 – 122.
109. Rodriguez, M.; Mohr, P.; Preiss, M.; Krulišová, O.; Kawaciuková, R. *První výsledky počítačové rehabilitace kognitivních funkcí u schizofrenie*. *Psychiatrie*, 2004, 8 (suppl. 3), s. 71 – 75.
110. Říčan, P.; Šebek, M.; Vágnerová, M. *WAIS-R*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1983.
111. Salokangas, R. K. R.; Honkonen, T.; Stengård, E.; Koivisto, A. *Subjective Life Satisfaction and Living Situations of Persons in Finland With Long-Term Schizophrenia*. *Psychiatric Services*, roč. 57, 2006, s. 373 – 381.
112. Skalková, J. *Obecná didaktika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1821-7.
113. *Slovník psychiatrických termínů*. PCP: Praha, 2004. ISBN 80-85121-10-7.

114. Slowík, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 987-80-247-1733-3.
115. Smith, T. E.; Hull, J. W.; Romanelli, S.; Fertuck, E.; Weiss, K. A. *Symptoms and Neurocognition as Rate Limiters in Skills Training for Psychotic Patients*. American Journal of Psychiatry, 1999, č. 156, s. 1817 – 1818.
116. Smolík, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0.
117. *Sociální firma - výzva v podnikání 21. století*. Praha: Fokus, o.s., 2007.
118. Spaulding, W. D. et al. *Cognitive Functioning in Schizophrenia: Implications for Psychiatric Rehabilitation*. Schizophrenia Bulletin, roč. 25, 1999, č. 2, s. 275 - 289.
119. Sternberg, R. *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-376-5.
120. Styx, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
121. Surynek, A.; Komárková, R.; Kašparová, E. *Metody sociologického a sociálně psychologického výzkumu*. Praha: VŠE, 1999. ISBN 80-7079-203-5.
122. Svoboda, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7367-050-X.
123. Škaloudová, A. *Statistika v pedagogickém a psychologickém výzkumu*. Praha: PedF UK, 1998. ISBN 80-86039-56-0.
124. Tauber, R.; Wallace, C. J.; Lecomte, T. *Enlisting Indigenous Community Supporters in Skills Training Programs for Persons With Severe Mental Illness*. Psychiatric Services, roč. 51, 2000, s. 1428 – 1432.
125. Townley, G.; Kloos, B.; Wright, P. A. *Understanding the experience of place: Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness*. Health & Place, č. 15, 2009, s. 520 – 531.
126. Tsang, H. W. H. *Social Skills Training to Help Mentally Ill Persons Find and Keep a Job*. Psychiatric Services, roč. 52, 2001, č. 7, s. 891 – 894.
127. Tůma, I. *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Praha: PCP, 1999. ISBN 80-85121-55-7.
128. Tůma, I.; Lenderová, Z. *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Psychiatrie, roč. 5, 2001, č. 4, s. 275 – 284.
129. Twamley, E. W. et al. *Generalized Cognitive Impairments, Ability to Perform Everyday Tasks, and Level of Independence in Community Living Situations of Older Patients With Psychosis*. American Journal of Psychiatry, 2002, č. 159, s. 2013 – 2020.
130. Twamley, E. W.; Jeste, D. W.; Bellack, A. S. *A Review of Cognitive Training in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, roč. 29, 2003, č. 2, s. 359 – 382.
131. Vágnerová, M.; Klenková, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1538-7.
132. Vachková, L. *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné*. Psychiatrie pro praxi, roč. 9, 2008; č. 3, s. 130–133.
133. Valenta, M.; Müller, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
134. Valenta, M.; Krejčířová, O. *Psychopedie. Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejř, 1997. ISBN 80-902057-9-8.

135. Vyhláška č. 505/2006 Sb. [online]. Dostupné na: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=505%2F2006&number2=&name=&ext=, [cit. 20. 9. 2005].
136. Wallace, C. J.; Tauber, R. *Supplementing Supported Employment With Workplace Skills Training*. Psychiatric Services, roč. 55, 2004, č. 5, s. 513 – 515.
137. Weickert, T. W. et al. *Cognitive Impairments in Patients With Schizophrenia Displaying Preserved and Compromised Intellect*. Arch. Gen. Psychiatry, 57, 2000, s. 907 – 914.
138. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. Dostupné na: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&ext=, [cit. 20. 9. 2005]
139. Zapletálek, M. et al. *Atrofie mozku u schizofreniků. Klinická a skanografická studie*. Čs. Psychiatrie, 79, 1983, č. 3, s. 158 – 163.

SEZNAM SCHÉMAT, TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Schéma 1 – Průběh schizofrenie

Schéma 2 – Vztah mezi kognitivním deficitem a funkčními výkony osoby

Schéma 3 – Vztah mezi proměnnými v mediačním modelu (Brown et al., 2006)

Schéma 4 – Přehled služeb pro osoby s duševní poruchou (podle materiálu Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze. Podkladový materiál pro Zdravotní výbor Zastupitelstva Hlavního města Prahy, 2003, s. 9)

Schéma 5 – Služby a péče poskytovaná osobám s duševní poruchou podle resortů

Schéma 6 – Trojrozměrný model psychiatrické rehabilitace (Kopelowicz et al., 1998)

Schéma 7 – Systém léčebné rehabilitace (volně podle Markové a kol., 2006, s. 138)

Schéma 8 – Druhy intervencí u osob se schizofrenií vykazujících kognitivní deficit

Schéma 9 - Vztah mezi léčbou, symptomy, kognitivními funkcemi a výsledným stavem (převzato z Rodriguez et al., 2004, s. 73)

Schéma 10 - Integrovaný psychoterapeutický program pro osoby se schizofrenií (podle Roder et al., 2006)

Schéma 11 – Oblasti zahrnuté ve Vyšetření silných stránek, zájmů a cílů klienta (Client's Assessment of Strengths, Interests and Goals – CASIG) podle Kopelowicz et al., 2007.

Schéma 12 - Sedm výukových aktivit Social and Independent Living Skills Program UCLA (podle Kopelowicz, Wallace, Liberman, 2007)

Tabulka 1 - Intervence, které usnadňují osobě užívání medikace (podle Motlové, Holuba, 2005)

Tabulka 2 – Pojmy využívané ve speciální pedagogice a psychiatrii v souvislosti s rehabilitací

Tabulka 3 – Problémové oblasti a potřeby, při kterých je možno využít nácvik sociálních dovedností u osob se schizofrenií (Kopelowicz et al., 2006)

Tabulka 4 – Postup nácviku sociálních dovedností u osob se schizofrenií (Kopelowicz et al., 2006)

Tabulka 5 - Oblasti dovedností a výukových úkolů self-managementu medikace a symptomů (Medication Management and Symptom Management Modules of the UCLA Social and Independent Living Skills Program) (podle Eckman et al., 1992)

Tabulka 6 – Zaměření oblastí a otázky dotazníkového šetření

Tabulka 7 - Wechslerovy vážené skóry, počty směrodatných odchylek a kognitivní funkce

Tabulka 8 – Přehled věkového rozložení žen a mužů

Tabulka 9 – Přehled četnosti dalších poruch a onemocnění spadající do kategorie duševních poruch nebo poruch chování

Tabulka 10 – Přehled délky léčení žen a mužů

Tabulka 11 – Přehled vzdělání žen a mužů

Tabulka 12 – Přehled zaměstnání žen a mužů v minulosti

Tabulka 13 – Přehled délky pobytu žen a mužů v Domově

Tabulka 14 – Statistické zpracování výsledků subtestu Informace

Tabulka 15 – Výsledky respondentů v subtestu Informace

Tabulka 16 – Odpovědi respondentů na otázku č. 16 subtestu Informace

Tabulka 17 – Statistické zpracování výsledků subtestu Opakování čísel

Tabulka 18 – Výsledky respondentů v subtestu Opakování čísel

- Tabulka 19 – Statistické zpracování výsledků subtestu Porozumění
- Tabulka 20 – Výsledky respondentů v subtestu Porozumění
- Tabulka 21 – Přehled přiléhavosti odpovědí respondentů v subtestu Porozumění
- Tabulka 22 – Přehled přiléhavosti odpovědí respondentů v subtestu Porozumění
- Tabulka 23 – Statistické zpracování výsledků subtestu Podobnosti
- Tabulka 24 – Výsledky respondentů v subtestu Podobnosti
- Tabulka 25 – Statistické zpracování výsledků subtestu Hledání symbolů
- Tabulka 26 – Výsledky respondentů v subtestu Hledání symbolů
- Tabulka 27 – Přehled rozdělení respondentů podle míry, v které dokončili dokončení subtest Hledání symbolů.
- Tabulka 28 – Srovnání výsledků v jednotlivých subtestech
- Tabulka 29 – Četnosti stupňů poškození kognitivních funkcí respondentů v subtestech
- Tabulka 30 – Přehled pracovního zařazení a vzdělání respondentů
- Tabulka 31 – Přehled délky praxe zaměstnanců v práci s osobami se schizofrenií
- Tabulka 32 – Odpovědi respondentů na otázky týkající se pozornosti
- Tabulka 33 – Důvody spojené s poruchami pozornosti podle názoru zaměstnanců (četnost udávaná v odpovědích na všech osm otázek týkající se pozornosti)
- Tabulka 34 - Postup uplatňovaný zaměstnanci (četnost udávaná v odpovědích na všech osm otázek týkající se pozornosti)
- Tabulka 35 – Odpovědi respondentů na otázky týkající se paměti
- Tabulka 36 – Důvody výskytu poruch paměti podle názoru zaměstnanců (četnost udávaná v odpovědích na obě dvě otázky týkající se paměti)
- Tabulka 37 - Postup uplatňovaný zaměstnanci (četnost udávaná v odpovědích na obě dvě otázky týkající se paměti)
- Tabulka 38 – Odpovědi respondentů na otázky týkající se exekutivních funkcí
- Tabulka 39 – Důvody výskytu poruchy exekutivních funkcí podle názoru zaměstnanců (četnost udávaná v odpovědích na všechny tři otázky týkající se exekutivních funkcí)
- Tabulka 40 - Postup uplatňovaný zaměstnanci (četnost udávaná v odpovědích na všechny tři otázky týkající se exekutivních funkcí)
- Tabulka 41 – Přehled srovnání četnosti odpovědí
- Tabulka 42 – Přehled srovnání četností důvodů výskytu kognitivního deficitu
- Tabulka 43 – Přehled postupů a způsobů práce s uživateli, kteří vykazují deficit kognitivních funkcí (jsou uvedeny absolutní četnosti odpovědí, v nichž 22 osob odpovídalo na 13 otázek)

Obrázek 1 – Pomůcka usnadňující přípravu léků do týdenního dávkovače.

Graf 1 – Rozložení respondentů (mužů i žen) podle věku

Graf 2 – Formy schizofrenie u respondentů

Graf 3 – Rozložení respondentů (mužů i žen) podle délky léčení

Graf 4 – Vzdělání respondentů (mužů i žen)

Graf 5 – Zaměstnání respondentů

Graf 6 - Rozložení respondentů (mužů i žen) podle délky pobytu v domově

Graf 7 – Stupeň poškození kognitivních funkcí v jednotlivých subtestech

PŘÍLOHY

Příklad vyplněného Dotazníku informací o uživateli

Příklad vyplněného Záznamového archu pro administraci výsledků subtestů z WAIS-R

Příklad vyplněného Záznamového archu pro administraci výsledků subtestu WISC-III

Příklady – kasuistiky (demografické charakteristiky a výsledky vyšetření kognitivních funkcí)

Příklad vyplněného Dotazníku pro personál

Rozdělení duševních poruch a poruch chování podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)

Příklad vyplněného Dotazníku informací o uživateli

č. 12

Domov se zvláštním režimem

INFORMACE O UŽIVATELI

Jméno: _____

Pohlaví:

- Muž
 Žena

Věk: 22

Diagnóza: F 20. PERIPIALNÍ (typ schizofrenie)

Další diagnózy spadající do okruhu duševních poruch a poruch chování: Manipulativní depice
(alkoholismus, depresivní porucha, maniodepresivní porucha, mentální retardace...)

Léčí se s dg schizofrenie od: 1971 (17 let)

Odkud přišel:

- z Psychiatrické léčebny, délka pobytu v PL BOHUMICE 1994 - 1997
- z domova
- z jiné pobytové sociální služby - jaké: _____
(chráněné bydlení, Domov důchodců...)
- jiné: _____

Nejvyšší dosažené vzdělání: STŘEDNÍ SVYS

Zaměstnání v minulosti: SEKRETÁŘKA

• vsp. rozhodky, odmítala
komentovat jinde
• spoluprací vyžadováno,
má zálibu
• smutkovat, rozbitka!

Datum: 1. 10. 2008
(13. 6. 10. 2008)

Příklad vyplněného Záznamového archu pro administraci výsledků subtestů z WAIS-R

Pořadové číslo klienta: 3

WAIS-R

I. INFORMACE

X	_____ b.	17.	7.	_____ b.
X	_____ b.	18.	Tokyo	_____ b.
5	číslo 1 97 b.	19.	-	_____ b.
6	_____ b.	20.	100	_____ b.
7	_____ b.	21.	n 3	_____ b.
8	_____ b.	22.	prům 200	_____ b.
9	_____ b.	23.	-	_____ b.
10.	_____ b.	24.	_____	_____ b.
11.	_____ b.	25.	_____	_____ b.
12.	130	26.	_____	_____ b.
13.	-	27.	-	_____ b.
14.	20 min.	28.	-	_____ b.
15.	-	29.	-	_____ b.
16.	11, 20, 100	CELKEM BODŮ	11	11-4

III. OPAKOVÁNÍ ČÍSEL

PŘÍMÉ OPAKOVÁNÍ ČÍSEL	OPAKOVÁNÍ ČÍSEL POZPÁTRU
1. ✓ ✓	1. X X
2. ✓ ✓	2. _____
3. X ✓	3. _____
4. X X	4. _____
5. _____	5. _____
6. _____	CELKEM BODŮ
	5
	11-3

IX. POROZUMĚNÍ

1. Abyste byli čisti, abyste rozuměli.
2. Učíte se rychle, ale často se učíte.
3. Abyste rozuměli.
4. _____
5. _____
6. Bud' mi to zvládne, že něco po mě chci. Co za to?
7. Věděly jste, že to něco znamená. Byl to z toho?
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____

CELKEM BODŮ 11 11-6

XI. PODOBNOSTI

1. _____ b.	8. _____ b.
2. _____ b.	9. _____ b.
3. _____ b.	10. _____ b.
4. _____ b.	11. _____ b.
5. _____ b.	12. _____ b.
6. _____ b.	13. _____ b.
7. _____ b.	14. _____ b.

CELKEM BODŮ 6 11-6

Příklad vyplněného Záznamového archu pro administraci výsledků subtestu WISC-III

FORMA B

146t
33b

Forma B

1/1-10

VZOROVÉ POLOŽKY

\oplus	\ominus	\oplus	L	<	T	~	ANO	NE
~	L	#	∩	∪	≅	⊕	ANO	NE

ZÁCVIČNÉ POLOŽKY

IF	<	~	IF	±	<	⊖	ANO	NE
~	⊖	∩	±	L	#	∪	ANO	NE

B6

\oplus	\oplus	\approx	∩	\ominus	±	L	ANO	NE
+	L	+	+	>	∩	⊗	ANO	NE
∩	∪	⇒	L	±	⊕	<	ANO	NE
⊗	~	±	⊗	∩	±	⊖	ANO	NE
±	∪	IF	±	∩	L	~	ANO	NE
>	>	~	∪	≅	±	≈	ANO	NE
±	∩	∩	∪	L	±	±	ANO	NE
*	~	#	⊖	∪	∩	~	ANO	NE
∩	*	<	∩	∪	∩	∪	ANO	NE
⊕	~	±	T	∩	⊕	L	ANO	NE
*	>	>	*	<	±	±	ANO	NE
±	±	+	≅	∪	~	≅	ANO	NE
∩	L	+	*	<	±	±	ANO	NE
±	⊗	⊕	⊗	*	L	±	ANO	NE
L	±	*	T	±	L	±	ANO	NE

□	~	∩	ℝ	+	∪	↑	ANO	NE
⊖	⊗	↑	⊖	⊕	↑	∩	ANO	NE
┌	┐	~	┌	┐	∩	∅	ANO	NE
⊗	≠	↑	⊗	+	+	≠	ANO	NE
→	~	∩	ℝ	┌	→	≠	ANO	NE
∨	≠	≠	⊗	≠	+	∩	ANO	NE
→	ℝ	≠	ℝ	↑	∅	→	ANO	NE
∩	∨	≠	∩	∨	≠	→	ANO	NE
∩	ℝ	ℝ	┌	∩	∩	→	ANO	NE
→	≠	≠	ℝ	~	≠	≠	ANO	NE
≠	+	+	┌	≠	≠	↑	ANO	NE
ℝ	∅	ℝ	∩	+	∩	∅	ANO	NE
≠	∩	∩	┌	┐	∩	∩	ANO	NE
≠	+	≠	≠	┌	≠	≠	ANO	NE
∩	∨	∨	↑	∨	∩	∩	ANO	NE

B8

≠	+	≠	⊗	≠	→	≠	ANO	NE
~	⊕	⊕	┌	+	~	→	ANO	NE
→	↑	↑	↑	→	ℝ	┌	ANO	NE
∩	↑	↑	~	┌	∩	↑	ANO	NE
~	+	ℝ	ℝ	≠	≠	+	ANO	NE
∩	∨	⊗	≠	∨	∩	∨	ANO	NE
┌	→	≠	ℝ	┌	≠	∨	ANO	NE
⊗	→	⊕	≠	∩	→	⊕	ANO	NE
∩	≠	ℝ	∨	≠	∩	∩	ANO	NE
≠	+	┌	≠	┌	≠	→	ANO	NE
∨	≠	┌	≠	∨	∩	~	ANO	NE
∩	∨	∩	∨	∩	ℝ	∨	ANO	NE
┌	┌	∅	┌	≠	↑	┌	ANO	NE
≠	↑	≠	∅	+	+	+	ANO	NE
∩	+	≠	≠	┌	≠	≠	ANO	NE

Příklady – kasuistiky (demografické charakteristiky a výsledky vyšetření kognitivních funkcí)

Osoba A

Pohlaví (věk):	Žena (58 let)
Diagnóza:	Paranoidní schizofrenie, postpsychotický defekt
Doba, po kterou se osoba léčí se schizofrenií:	31 let
Nejvyšší dosažené vzdělání:	SZŠ, nedokončená VŠ (2 roky lékařská fakulta)
Zaměstnání v minulosti:	Laborantka
Odkud osoba přišla do Domova se zvláštním režimem:	PL Bohnice
Délka pobytu v Domově se zvláštním režimem:	12 let

Výsledky vyšetření kognitivních funkcí

Osoba A vykazuje poškozené všechny testované kognitivní funkce. Z výsledků je však zřejmá i průběžná ztráta motivace respondentky v průběhu vyšetření. Je tedy pravděpodobné, že výsledky neodráží maximální možné schopnosti respondentky. Na druhou stranu bylo u této respondentky možno poškození funkcí odhadnout i z úvodního pohovoru. V celém průběhu vyšetření respondentka těkala, neudržovala oční kontakt, neudržela pozornost, její řeč byla velmi málo srozumitelná. Bylo nutno často opakovat instrukci (např. při instrukci k přímému opakování čísel začíná několikrát za sebou počítat od jedné dále, nelze ji zastavit, ukončuje vždy u čísla deset).

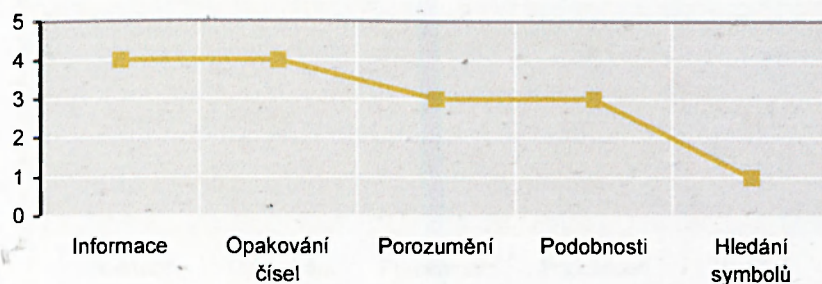
Výsledky jednotlivých subtestů (jsou uvedeny vážené skóry):

Informace: 4, Opakování čísel: 4, Porozumění: 3, Podobnosti: 3, Hledání symbolů: 1

Graf – Výsledky osoby A v jednotlivých subtestech

Osa X Subtesty

Osa Y Vážený skór



Osoba B

Pohlaví (věk):	Muž (51 let)
Diagnóza:	Reziduální schizofrenie, mírná mentální retardace
Doba, po kterou se osoba léčí se schizofrenií:	38 let
Nejvyšší dosažené vzdělání:	Zvláštní škola
Zaměstnání v minulosti:	Manipulant, pomocný dělník
Odkud osoba přišla do Domova se zvláštním režimem:	Z domova
Délka pobytu v Domově se zvláštním režimem:	16 let

Výsledky vyšetření kognitivních funkcí

Osoba B vykazuje poškozené všechny testované kognitivní funkce, což může odrážet snížení kognitivních funkcí jak v důsledku schizofrenie, tak v důsledku mentální retardace. Lze předpokládat, že tato osoba podala vzhledem ke svým reálným schopnostem dobrý výkon. Respondent měl o kontakt velký zájem, v průběhu velmi vtipkoval a uhýbal od předkládaných témat (v subtestu Porozumění se neustále vrací k otázkám, které ho zaujaly, a dále je rozebírá). Přesto bylo možno ho zaujmout a soustředit na požadovaný úkol. Opakovaně však neporozuměl testové instrukci (např. v subtestu Opakování čísel pozpátku při prvních třech pokusech vždy jen opakuje).

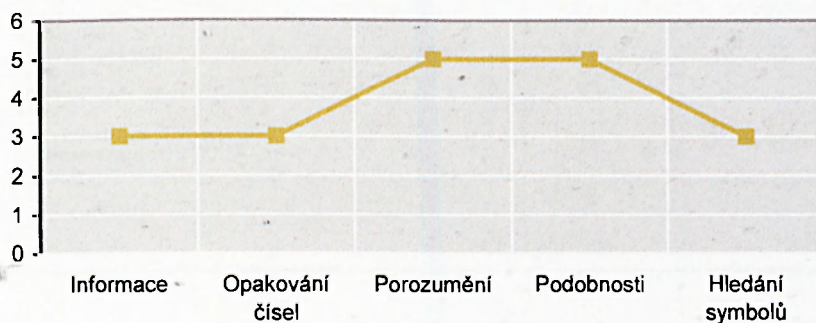
Výsledky jednotlivých subtestů (jsou uvedeny vážené skóry):

Informace: 3, Opakování čísel: 3, Porozumění: 5, Podobnosti: 5, Hledání symbolů: 3

Graf – Výsledky osoby B v jednotlivých subtestech

Osa X Subtesty

Osa Y Vážený skór



Příklad vyplněného Dotazníku pro personál

DOTAZNÍKOVÉ SETRENÍ (PERSONÁL)

Práce / zařízení: úřadová služba

Veškeré: SDS + RBK

Činnost / úkol v práci, v oblasti se schůzky: sděl

	Pokud ano, jak se uvedená skutečnost projevuje ve Vaší každodenní praxi? Vybavte si nějaký příklad takové situace?	Jak nebo čím si to vysvětľujete?	Jak v takové situaci reagujete? Máte nějaký postup, který Vám s klientovi pomáhá?
Část A			
Stává se že někteří klienti neudrží pozornost tak dlouho, jak byste očekávali?	často, u některých lidí je problém s koncentrací, například u lidí s demencí	stává se děle, například u lidí s demencí	občas se to stane, ale to není problém, občas to je jenom lidská slabost
Stává se že se někteří klienti nocožají příliš soustředit?	ano	ne, u některých lidí	stává se to, ale to je jenom lidská slabost
Stává se že klient není schopen udržet zameranou pozornost na určitou činnost či objekt?	ano, je problém s koncentrací, například u lidí s demencí	stává se to, například u lidí s demencí	stává se to, ale to je jenom lidská slabost

	Pokud ano, jak se uvedená skutečnost projevuje ve Vaší každodenní praxi? Vybavte si nějaký příklad takové situace?	Jak nebo čím si to vysvětľujete?	Jak v takové situaci reagujete? Máte nějaký postup, který Vám s klientovi pomáhá?
Stává se že klient téká z předmětu na předmět?	ano - například se soustředí na nějakou činnost, ale během chvíle ji opouští a začíná se bavit s někým jiným	je to je normální, například když je člověk unavený	občas to stane, ale to není problém, občas to je jenom lidská slabost
Stává se že klient často mění témata hovoru?	ano, často	občas to je normální	stává se to, ale to je jenom lidská slabost
Všimla jste si někdy, že by měl klient problémy s přesouváním pozornosti?	ano	je to normální, například když je člověk unavený	občas to stane, ale to není problém, občas to je jenom lidská slabost
Všimla jste si někdy, že by klient na určitých objektech nebo činnostech ulpíval nebo se stále vracel ke stejnému předmětu nebo tématu?	často, například u lidí s demencí	je to normální, například u lidí s demencí	občas to stane, ale to není problém, občas to je jenom lidská slabost
Stává se že se klient nechá snadno rozptylit?	ano, lidé se často rozptylují a zapomínají na to, co jim říkáme	je to normální, například u lidí s demencí	občas to stane, ale to není problém, občas to je jenom lidská slabost

	Pokud ano, jak se uvedené chování projevuje ve Vaší každodenní praxi? Někdy příklad takové situace	... (illegible) ...	Jak v takové situaci reagujete? Máte nějaký postup, který Vám u klientů pomáhá?
Část B Stává se, že klient má obtíže při vybavování informací, které jste mu před chvílí podal(a)?	Často zapomínají (nemoc)	Ne, se touto otázkou je to diagnostika	Je třeba to opakovat, probírat
Setkáváte se s tím, že si klient špatně vybavuje informace ze vzdálenější minulosti?	Jak a kdy podle nálady a času má pohodu	✓	Mluví se pro něj, dává mu čas ke zpracování a náhodně připomíná, když je vhodné
Část C Stává se, že někdy klient nemá dostatek vůle, že není schopen dělat něco systematicky?	Když má něco při práci nebo v práci	Stává se to úplně, úplně diagnostikou	Opakováním a opakováním
Setkáváte se s tím, že klient má obtíže při stanovování svých cílů?	Často málo jasně, spíše málo náročný, spíše je to spíše, spíše, spíše	Stává se to, když má nějakou práci a samostatně to vyhledává (klienti sami to řeší)	Často se to ptá, ptá se na práci, probírá
Setkáváte se s tím, že klient má obtíže při panování postupu, jak cíle dosáhnout?	Často, někdy má s tím problém	Přesnou práci má, někdy něco práce, někdy něco práce, někdy něco práce, někdy něco práce	Někdy to odpovídá, někdy to odpovídá, někdy to odpovídá, někdy to odpovídá

Rozdělení duševních poruch a poruch chování podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)

F00 – F09 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY, VČETNĚ SYMPTOMATICKÝCH

F00 Demence u Alzheimerovy choroby

F01 Vaskulární demence

F02 Demence u chorob klasifikovaných jinde

F03 Nespecifikovaná demence

F04 Organický amnestický syndrom jiný, než vyvolaný alkoholem a jinými drogami

F05 Delirium jiné, než vyvolané alkoholem a jinými drogami

Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění

F07 Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku

F09 Nespecifikované organické nebo symptomatické duševní poruchy

F10 – F19 DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

F10 Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

F11 Poruchy vyvolané požíváním opioidů

F12 Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů

F13 Poruchy vyvolané požíváním sedativ nebo hypnotik

F14 Poruchy vyvolané požíváním kokainu

F15 Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)

F16 Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů

F17 Poruchy vyvolané požíváním tabáku

F18 Poruchy vyvolané požíváním organických rozpouštědel

F19 Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

F20 – F29 SCHIZOFRENIE, SCHIZOFRENNÍ PORUCHY A PORUCHY S BLUDY

F20 Schizofrenie

F21 Schizotypní porucha

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

F29 Nespecifikovaná neorganická psychóza

F30 – F39 PORUCHY NÁLADY (AFEKTIVNÍ PORUCHY)

F30 Manická fáze

F31 Bipolární afektivní porucha

F32 Depresivní fáze

F33 Periodická (rekurentní) depresivní porucha

F34 Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)

F38 Jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)

F39 Nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha)

F40 – F49 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORNÍ PORUCHY

F40 Fobické úzkostné poruchy

F41 Jiné úzkostné poruchy

F42 Obsedantně-kompulzivní porucha

F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

- F44 Dissociativní (konverzní) porucha
- F45 Somatoformní poruchy
- F48 Jiné neurotické poruchy

F50 – F59 BEHAVIORÁLNÍ SYNDROMY SPOJENÉ S FYZIOLOGICKÝMI PORUCHAMI A SOMATICKÝMI FAKTORY

- F50 Poruchy příjmu jídla
- F51 Neorganické poruchy spánku
- F52 Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí
- F53 Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělním neklasifikované jinde
- F54 Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde
- F55 Abúzus látek nevyvolávajících závislost
- F59 Nespecifikované behaviorální syndromy spojené s fyziologickými dysfunkcemi a somatickými faktory

F60 – F69 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH

- F60 Specifické poruchy osobnosti
- F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti
- F62 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku
- F63 Návykové a impulzivní poruchy
- F64 Poruchy pohlavní identity
- F65 Poruchy sexuální preference
- F66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací
- F68 Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F69 Nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých

F70 – F79 MENTÁLNÍ RETARDACE

- F70 Lehká mentální retardace
- F71 Středně těžká mentální retardace
- F72 Těžká mentální retardace
- F73 Hluboká mentální retardace
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace

F80 – F89 PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE

- F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka
- F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností
- F82 Specifická vývojová porucha motorické funkce
- F83 Smíšené specifické vývojové poruchy
- F84 Pervazivní vývojové poruchy
- F88 Jiné poruchy psychického vývoje
- F89 Nespecifikovaná poruchy psychického vývoje

F90 – F98 PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM OBVYKLE V DĚTSTVÍ A V ADOLESCENCI

- F90 Hyperkinetické poruchy
- F91 Poruchy chování
- F92 Smíšené poruchy chování a emocí
- F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství
- F94 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci
- F95 Tikové poruchy
- F98 Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci

F99 NESPECIFIKOVANÁ DUŠEVNÍ PORUCHA