

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie

Diplomová práce

PSYCHOPATOLOGICKÉ PROJEVY V OBLASTI PSYCHÓZ - SCHIZOFRENIE

Vedoucí práce: PhDr. Jan Polivka
Autor práce: Bc. Ludmila Sahajová
Studijní obor: Učitelství náboženství a etiky
Ročník: 5.

2012

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne: 14. 3. 2012

Podpis:

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Janu Polivkovi
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce

OBSAH

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Psychopatologie	9
1.1 Definice psychopatologie	9
1.2 Rozdělení psychopatologie	10
1.3 Psychopatologické projevy	10
2 Psychiatrie	11
2.1 Psychiatrie – obecně	11
2.2 Dějiny psychiatrie	11
3 Psychóza	12
4 Schizofrenie	14
4.1 Pojem schizofrenie	14
4.1.1 Historie pojmu schizofrenie	15
4.2 Schizofrenní onemocnění	15
4.3 Příčiny schizofrenie	17
4.4 Příznaky schizofrenie	17
4.4.1 Pozitivní příznaky	19
4.4.2 Negativní příznaky	20
4.5 Projevy schizofrenie – psychotický stav	20
4.5.1 Relaps – definice	21
4.5.1.1 Varovné příznaky relapsu	22
4.5.1.2 Program ITAREPS	23
4.6 Dělení schizofrenie	23
4.6.1 Paranoidní schizofrenie	24
4.6.1.1 Bludy	24
4.6.1.2 Halucinace	26
4.6.2 Hebefrenní schizofrenie	27
4.6.3 Katatonní schizofrenie	28
4.6.4 Simplexní forma schizofrenie	28

4.6.5	Reziduální schizofrenie	29
4.7	Léčba schizofrenie	29
4.7.1	Psychoterapie	31
4.7.1.1	Naslouchání	31
4.8	Sociální význam schizofrenie	32
4.8.1	Schizofrenie a rodina	33
4.8.2	Veřejnost a duševně nemocní lidé	34
4.8.2.1	Stigma a duševní poruchy	34
4.8.2.2	Chyby a omyly odborné a laické veřejnosti	35
4.9	Práva duševně nemocných osob	35
4.9.1	Základní práva a potřeby duševně nemocných osob	37
4.9.2	Liga pro duševní zdraví	38
4.9.3	Srovnání dodržování práv duševně nemocných v ostatních zemích	39
4.9.4	Nejdůležitější mezinárodní dokumenty v oblasti práva	40
4.9.5	Věda a výzkum v PCP	40
4.9.5.1	Výzkumné projekty PCP	41
5	Péče o duševně nemocné v ČR	43
5.1	Geografické rozložení služeb	44
5.2	Porovnání potřeb cílové populace a kapacity služeb	45
5.3	Denní stacionáře a centra	46
5.3.1	Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov	47
5.3.1.1	Léčebný program	48
6	Kazuistika	49
6.1	Osobní příběh vyléčené ženy	50
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	51
7	Horizont Zlín	52
8	Sociálně terapeutická dílna Kotva	54
9	Centrum denních služeb Jarošov	56
9.1	Vznik a poslání CDSJ	56
9.2	Cíle CDSJ	57
9.3	Rozsah služby CDSJ	58

9.4	Přímá práce s klienty	58
9.4.1	Vstupní administrativa	58
9.4.2	Činnosti v CDSJ	59
9.4.2.1	Pracovní rehabilitace	59
9.4.2.2	Zvládání péče o vlastní osobu	60
9.4.2.3	Sportovní rehabilitace	61
9.4.2.4	Socializační a vzdělávací aktivity	61
10	Popis osobního setkání s projevy klientů nemocných schizofrenií	64
10.1	Klient I.	65
10.2	Klient II.	66
10.3	Klient III.	67
10.4	Klient IV.	68
10.5	Klient V.	68
10.6	Klient VI.	69
10.7	Klient VII.	69
10.8	Klient VIII.	70
10.9	Klient IX.	70
11	Obecná doporučení	71
	Závěr	72
	Seznam použitých zdrojů	75
	Seznam zkratk	78
	Seznam příloh	79
	Přílohy	81
	Abstrakt	111
	Abstract (abstrakt v angličtině)	112

Úvod

Současná společnost je v mnoha oblastech svého vývoje na velmi vysoké úrovni. Člověk přizpůsobuje prostředí kolem sebe své existenci, chce být moderní, poznat nepoznané, vyřešit dosud nevyřešené. I v dnešní vyspělé době chce lidstvo samo sobě dokázat, že má možnosti neustále své bytí zdokonalovat. Novými myšlenkami, poznatky i produkty se život společnosti mění. Je-li vývoj užitečný a prospěšný, každý z nás jej jistě rád podpoří. Nezanedbatelný pro nás všechny je například vývoj lékařství. Je to obor, se kterým se v průběhu života všichni setkáváme. Laická veřejnost se dovídá o nových lékařských postupech, užívání nových praktik, operativních úkonech a možnostech, které již mnoha lidem zachránily život, upravily jejich negativní zdravotní stav.

Civilizace 21. století je považována za vyspělou společnost. Přesto se všechno nedá dokázat. Člověk je tvor velice složitý, avšak ani nejlepší lékař nedokáže odstranit veškeré potíže týkající se poruch naší tělesné či psychické stránky. Existují věci, které napravit nejdou. Patří mezi ně například závažné narušení nebo úplná ztráta funkce některého ze smyslů člověka. Společnost takzvaně zdravých – tedy nepostižených se mnohdy domnívá, že těžce postižený člověk prožívá méně hodnotný život. Lidský život, jeho podstata a smysl je neustále předmětem mnoha vědních oborů, přemýšlí o něm snad každý z nás. Pojem štěstí se mnohdy kryje s pojmem úspěšnost a „úspěšnost“ v dnešním pojetí v sobě zahrnuje fyzické i psychické zdraví, finanční zajištění, úspěchy v zaměstnání i v rodinném životě. Jakmile se „něco – někde“ znemožní, člověk se cítí zaskočen, podveden. Ale kým? Osudem, Bohem, medicínou? Na tomto místě se každý sám vrací z vrcholu své představy o štěstí někam zpět, až ke kořenům vlastního bytí. Nachází-li se v situaci, kdy si téměř hmatatelně a bytostně sáhne k jádru sama sebe, začne si uvědomovat křehkost života, jeho cenu, smysl i krásu.

V lidské populaci se vyskytují vedle zdravých lidí i lidé s různým zdravotním postižením. Péče, výchova, vzdělání, rozvoj charakterových vlastností, samostatnosti apod. závisí pak na prostředí, kde člověk žije, pohybuje se a jakým způsobem vyplňuje

svůj čas. Přestože se lidé postižení musí vyrovnávat s řadou handicapů, jsou to právě ruce, které jim umožňují pracovat. Nemusí slyšet, vidět, chodit, mohou však malovat, šít nebo modelovat z hlíny a tak prožít plno hodnotný život. Aby zdravotně postižení lidé mohli tyto činnosti vykonávat, je nutné vytvořit takové podmínky, které umožní těmto lidem zařadit se v plném rozsahu do života společnosti jak v životě osobním, tak v životě pracovním.

Každý z nás je jiný. Jiný ve svých schopnostech a dovednostech, ve svém duševním bohatství, ve vztahu ke světu ... Každý z nás je individualitou, osobností, které není na světě rovno. Přesto však každý z nás cítí někdy bolest a strach, každý z nás touží po pocitu bezpečí, po lásce a porozumění ... Jsme jiní, a přesto jsme stejní.

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala „Psychopatologické projevy v oblasti psychóz - schizofrenie“, které úzce souviselo s mou každodenní činností v mém zaměstnání. Cílem diplomové práce je seznámení čtenáře s projevy schizofrenního onemocnění a přiblížení problematiky života lidí s psychickým onemocněním vůbec. Diplomová práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část zahrnuje charakteristiku psychotického onemocnění, právní ochranu nemocných, možnou léčbu a následnou péči. Praktická část je tvořena přímým pozorováním projevů klientů se schizofrenním onemocněním a rozbořením činností, které přispívají ke zlepšení, popřípadě udržení jejich stávajícího zdravotního stavu. Zde bych chtěla poukázat na důležitost následné péče a zkvalitňování služeb v zařízeních, která tuto následnou péči lidem se schizofrenním onemocněním poskytují.

Při zpracování diplomové práce jsem použila tyto metody:

- studium odborné literatury
- absolvování odborných kurzů a seminářů
- analýzu záznamů o klientech
- dotazníkovou metodu – výzkum spokojenosti kvality života
- pozorování a přímá práce s klienty při jejich běžné denní činnosti

TEORETICKÁ ČÁST

1 Psychopatologie

1.1 Definice psychopatologie

Psychopatologie je vědní obor, který se zabývá zkoumáním, tříděním a výkladem chorobných duševních projevů. Má úzký vztah k několika oborům, které přispěly k rozvoji psychopatologie po stránce teoretické i praktické. Z psychopatologie vychází speciální pedagogika, kterou z hlediska jejího účelu lze chápat jako druh léčení. Dále pak psychologie, avšak na prvním místě z oborů, ke kterým má psychopatologie blízký vztah je psychiatrie.¹

Psychopatologie je dále definována jako nauka o chorobných duševních jevech. Zabývá se příznaky duševních chorob, klasifikací těchto chorob a hraničních stavů. Psychopatologie je hraniční vědou mezi psychologii a psychiatrií. Zabývá se studiem a popisem jednotlivých psychických funkcí, procesů a poruchami osobnosti jako celku.²

Defektologický slovník definuje psychopatologii jako nauku o duševních poruchách. Je to odvětví psychologické vědy, které systematicky studuje nepříznivé psychické procesy, vlastnosti a stavy. Moderní psychopatologie prokázala kontinuitu mezi normálními a patologickými duševními projevy. Porozumění základním principům psychopatologie je nezbytnou podmínkou pro efektivní výchovu i vzdělání postižených jedinců.³ Wikipedie označuje psychopatologii jako jednu ze základních disciplín psychologie zabývající se duševními poruchami. Termín je nejčastěji používán v psychiatrii, kde se patologie vztahuje k symptomům a průběhu nemoci.⁴

¹ RICHTEROVÁ, L. *Psychopatologie*, s. 5-6.

² HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 416.

³ EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*, s. 291.

⁴ Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Psychopatologie>.

1.2 Rozdělení psychopatologie

Psychopatologie se dělí na obecnou a speciální. Speciální část pojednává o určitých formách duševních poruch, vyskytujících se v závislosti na konkrétních podmínkách organismu a prostředí. Popisuje například stavy v průběhu duševních chorob, při různých otravách nebo infekčních onemocněních. Obecná psychopatologie shrnuje dílčí poznatky, zabývá se jejich teoretickým rozbořem a klasifikací z hlediska poruchy určitých funkcí.⁵

1.3 Psychopatologické projevy

U zdravých osob se vyskytují duševní poruchy jen výjimečně a přechodně. Bývají vyvolány buď mimořádně silným podnětem, nebo společným působením několika činitelů, když je hranice odolnosti překročena nebo snížena. Těžší psychopatologické projevy se vyskytují v průběhu některých tělesných onemocnění, hlavně horečnatých. Probíhají obvykle s poruchami vědomí. Lehké psychopatologické projevy, při nichž není hlouběji porušeno vědomí ani kritičnost, se vyskytují při únavě a vyčerpání nebo za jiných mimořádných okolností. Příčiny duševních poruch jsou četné a složité. Často se při vzniku jednotlivých chorobných stavů kombinuje více škodlivých faktorů. Celá psychická činnost tvoří nedílnou jednotu s osobností určitého člověka. Jednotlivé stránky psychiky jsou na sobě vzájemně závislé, ovlivňují se a prolínají. Porucha jedné kvality psychické činnosti se projeví v celé psychice.⁶ Moderní psychopatologie nepokládá psychopatologické projevy za důsledky nemoci, ale za způsob chování nebo života, který má svou logiku. Je výslednicí určité vrozené dispozice nebo života, vlivu rodiny, traumatických zkušeností, které formovaly vývoj osobnosti, stresů a konfliktů v citovém vývoji a výsledné neschopnosti vyrovnat se s těmito zdroji napětí. Jde o sebeobrané reakce, které mají za cíl snížit hladinu úzkosti.⁷

⁵ RICHTEROVÁ, L. *Psychopatologie*, s. 5-6.

⁶ Tamtéž, s. 15-37.

⁷ EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*, s. 291.

2 Psychiatrie

2.1 Psychiatrie – obecně

Psychiatrie je věda o rozpoznávání a léčbě duševních chorob.⁸ Jedná se o lékařský obor, který se zabývá studiem vzniku, průběhu a obrazu duševních poruch, jejich diagnostikou, léčením a prevencí. Většina odborných termínů je odvozena z věd o psychice. Poruchy psychiky jsou velmi rozmanité a týkají se všech druhů duševních kvalit. Tak jako práce se stala na úrovni člověka hlavní arénou jeho činnosti a uplatnění, tak různé formy nepohody v společenské struktuře jsou mocným zdrojem psychických poruch. Nejde jen o velké společenské útvary, události a poměry, sociální nespravedlnost, nerovnost, chudobu, nezaměstnanost, útlak, válku, ale i situace v malých rozměrech.⁹

2.2 Dějiny psychiatrie

S příchodem křesťanství v 9. století na území nynější ČR dochází hned v 10. století k zakládání hospitální soustavy při kláštorech. Do těchto špitálů byli přijímáni lidé staří a nemocní, především však ti, kteří mohli později odkázat nějaký majetek ve prospěch kláštera. Jen ojediněle byli přijímáni do těchto špitálů i duševně choří. Ti však zde ale byli ponecháni svému osudu, byli pouze chráněni před ústrky a posměchem na veřejnosti. O nějakém léčení těchto chorých nelze vůbec hovořit. Osud duševně nemocných neměl s léčebnou péčí nic společného. Byli spíše jen trpěni, izolováni ve sklepních místnostech a v neděli a ve sváteční dny dáváni do železných klecí umístěných na náměstích a veřejných prostranstvích, aby sloužili k pobavení občanů.¹⁰ Neklidní a zuřiví byli mnohdy drženi v železných okovech anebo připoutáni ke zdi

⁸ EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*, s. 287.

⁹ DOBIÁŠ, J. a kol., *Psychiatrie*, s. 7.

¹⁰ Tamtéž, s. 11-17.

sklepů. V Brně byli duševně choří v zamřížovaných klecích veřejně ukazováni na náměstích a hlavních ulicích až do roku 1770. Po této stránce se osud duševně chorých v Čechách a na Moravě nikterak nelišil od osudu psychicky nemocných v jiných státech Evropy, včetně soudních procesů a upalování.¹¹

Počátek systematické péče o duševně choré začíná až v druhé polovině 18. století. Velmi iniciativně se o to zasloužil řád Milosrdných bratří, který na území Čech, Moravy a Slovenska začal již v 17. století soustavně budovat své nemocnice. Zprvu byli přijímáni jen duševně choří kněží, později bylo povoleno přijímat i civilní osoby, a to bez ohledu náboženství. Největší zásluhy si získala nemocnice Milosrdných bratří v Praze, která se od roku 1761 stala součástí Univerzity Karlovy v Praze a pro rozvoj psychiatrie měla dalekosáhlý význam.¹²

Postupně se začaly budovat nová zařízení a v nemocnicích byla zřizována psychiatrická oddělení. Při ošetřování duševně chorých se začala zdůrazňovat vlídnost, trpělivost a láska k nim. Léčba byla rozšířena o léčbu prací a lázeňskou léčbu. Byla zavedena muzikoterapie, arteterapie, edukační terapie, léčebný tělocvik a další. V ČR je nyní 6 psychiatrických univerzitních klinik (Praha, Plzeň, Hradec Králové, Brno, Olomouc). Tradice české psychiatrie byla na svou dobu vždy avantgardní, svou koncepcí biologická a materalistická.¹³

3 Psychóza

Psychóza je duševní nemoc, při které je postiženo samo jádro osobnosti, a to zpravidla v několika složkách. Nemocný ztrácí schopnost kontaktu s realitou, jeho vnímání a vnitřní prožívání je těžce deformováno.¹⁴

¹¹ DOBIÁŠ, J. a kol., *Psychiatrie*, s. 11-17.

¹² Tamtéž, s. 11–17.

¹³ Tamtéž, s. 11–17.

¹⁴ EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*, s. 293.

Psychóza je tedy psychická porucha projevující se těžkými poruchami vnímání, emocí, myšlení i chování.¹⁵ Lidská duše může onemocnět mnoha způsoby a někdy je těžké říci, co je chorobou a co je spíše trápením nebo pocitem neštěstí a co odlišným vývojem osobnosti. Jestliže se někdo začne chovat odlišně od způsobu, jímž se choval do té doby, bývá povinností lékaře zjistit, zda netrpí psychózou. To může být úkol snadný stejně jako krajně nesnadný, vyžadující ohromné zkušenosti, dlouhé pozorování, trpělivost. V současnosti se psychózy diagnostikují podle psychologických poruch. Základem diagnózy jsou poruchy vnímání, myšlení, řeči, chování a citového života. V každé této oblasti se mohou projevovat četné příznaky, některé z nich doslova protichůdné. Psychotickou epizodu mohou způsobit desítky příčin. Příkladem je chronické pití alkoholu, poruchy látkové výměny, nedostatek některých vitamínů. Jestliže se vyvolávající příčinu podaří odstranit nebo alespoň omezit její působení, psychotické příznaky vymizí.¹⁶

Psychóza představuje nejvážnější psychickou poruchu v každém věkovém období. Dochází při ní obvykle k hrubým poruchám základních psychických funkcí, myšlení emotivity a jednání, které jsou takového stupně a povahy, že vedou k narušení integrity osobnosti. Psychózy mají ze všech psychických poruch nejvýraznější znaky nemoci. Vznikají většinou náhle, někdy z plného zdraví, jindy v návaznosti na předchozí odchýlný vývoj osobnosti. Příčiny psychóz jsou podobně jako u jiných psychických poruch nejednotné a složité.¹⁷ Psychóza je stav, při níž dochází k poruše kontaktu s realitou. Znamená to, že v psychóze jinak vnímáme, myslíme a prožíváme. Psychózy jsou závažná psychická onemocnění, která vedou ke značnému utrpení nemocných i jejich rodin. Moderní léčba je především založena na spolupráci nemocného, jeho rodiny a dalších blízkých lidí s odborníky na duševní zdraví.¹⁸

Psychóza je označována jako duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí i k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé

¹⁵ Kolektiv autorů a konzultantů Nakladatelství Plot. *Kapesní slovník cizích slov*, s. 232.

¹⁶ KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*, s. 162-163.

¹⁷ LESNÝ, I.; ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*, s. 145.

¹⁸ PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou*, s. 7.

míře ke změně všech základních kvalit duševního života člověka s tímto postižením. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je a co není skutečné.¹⁹ Psychické poruchy jsou velmi různorodé a mají rozdílnou míru závažnosti. Psychotické poruchy můžeme rozdělit do několika skupin:

- Schizofrenie
- Schizotypální poruchy
- Duševní poruchy s bludy
- Akutní a přechodné psychotické poruchy
- Schizoafektivní poruchy
- Jiné poruchy

Ze skupiny psychotických poruch je schizofrenie nejčastější a nejzávažnější onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Lidé nemocní schizofrenií ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak jednájí neobvykle a nepřiměřeně.²⁰

4 Schizofrenie

4.1 Pojem schizofrenie

Pojem schizofrenie je odvozený z řečtiny, kdy „schizo“ znamená štěpit se a „phren“ znamená rozum a myšlení. Je zde zdůrazněna přítomnost rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním. Tento termín je ale široce mylně vykládán především laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“, jakoby zároveň existovaly dvě nebo více rozlišných osobností. Podstata schizofrenního prožívání je ale mnohem složitější. Termín rozštěp osobnosti není vůbec správný.²¹ Slovník cizích slov uvádí, že

¹⁹ PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou*, s. 8.

²⁰ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, s. 14.

²¹ Tamtéž, s. 15.

schizofrenie je těžké duševní onemocnění charakterizované postupnou ztrátou vztahu ke skutečnosti, vedoucí k rozpadu osobnosti.²²

4.1.1 Historie pojmu schizofrenie

Schizofrenie patří díky své výraznosti mezi jednu z prvních popsanych duševních poruch vůbec a její popisy se nacházejí už v hebrejské Bibli, odkud pochází také výraz pro tuto nemoc. Mezi první ustálené názvy moderní medicíny pro toto onemocnění patří *Dementia praecox* (předčasná demence). Tento název byl poprvé vyřčený v roce 1896 a zavedený v roce 1898 Dr. Emilem Kraepelinem, který se snažil roztrdit endogenní psychózy do kategorií maniodepresivních psychóz. Nový pojem byl zaveden v roce 1908 Dr. Eugenem Bluerem.²³ Schizofrenie je tedy název starý necelých 100 let. Označuje skupinu onemocnění, o kterých se domníváme, že jsou součástí zkušeností lidstva od nepaměti. Výzkumy svědčí pro poměrně rovnoměrný výskyt schizofrenie ve všech částech světa. Onemocnění postihovalo lidi všech historických epoch.²⁴

4.2 Schizofrenní onemocnění

Schizofrenie patří k nezávažnějším duševním chorobám. Nemoc existovala odedávna, ale její název i přesnější vymezení prošly delším vývojem. Je pro ni charakteristická porucha myšlení, vnímání, porucha emočního prožívání, autismus a celkově změněné chování. Dispozice k schizofrenii je dědičná. Průběh nemoci může být různý, stejně tak jako jeho prognóza. Ze sociálního hlediska je schizofrenie silně stigmatizující chorobou. Pro rodinu je takový nemocný značnou zátěží, proto musí být

²² Kolektiv autorů a konzultantů Nakladatelství Plot. *Kapesní slovník cizích slov*, s. 254.

²³ Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie>.

²⁴ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, s. 352.

psychosociální pomoc zaměřena i na rodinné příslušníky. Dětská forma schizofrenie představuje ještě větší zátěž a má obecně horší prognózu.²⁵

Schizofrenie je poměrně často se vyskytující nemoc, kterou onemocní asi 1 % až 1,5 % populace, to znamená, že onemocní přibližně jeden člověk ze sta. Schizofrenií podle údajů Světové zdravotnické organizace WHO trpí asi 24 milionů lidí z celého světa a jen polovině z nich se dostává potřebné léčby.²⁶ Onemocnění se vyskytuje stejně často u mužů i žen, rozdíl je pouze v začátku onemocnění. Začátek schizofrenního onemocnění j v mladém věku, u mužů nejčastěji mezi 15 až 25 lety a u žen nejčastěji mezi 25 až 35 lety. Schizofrenií, stejně jako dalšími psychózami, může onemocnět úplně každý. Vzhledem k tomu, že tak závažné onemocnění začíná tak časně, může podstatně ovlivnit celý další život nemocného, a proto je důležité správně k onemocnění přistupovat od samého začátku. Je známo, že třetina nemocných se plně uzdraví, u druhé třetiny se nemoc čas od času vrací. Poslední třetina nemocných má průběh chronický, který v různé míře narušuje život nemocného. Průběh onemocnění ovlivňuje řada faktorů, především dobře fungující rodinné zázemí, včasná a dobře vedená léčba. Mnoho dobře léčených pacientů s dobrým zázemím vede plnohodnotný život.²⁷

Schizofrenie je tedy jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění. Onemocnění má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě. Celkově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.²⁸

Diagnostická kritéria schizofrenie vycházejí ze současného klasifikačního systému MKN – 10 („International Classification of Disease“, ICD 10, dle Světové zdravotnické organizace) nebo DSM – IV („Diagnostic and Statistical Manual“ dle Americké psychiatrické asociace).²⁹

²⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 177-190.

²⁶ Dostupné na: http://www.rozhlas.cz/leonardo/clovek/_zprava/novy-geneticky-klic-ke-schizofrenii.

²⁷ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*, s. 15.

²⁸ ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 15.

²⁹ Dostupné na: www.lfl.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/Schizofrenie.ppt.

4.3 Příčiny schizofrenie

V tomto směru zůstává medicína lidem se schizofrenií mnoho dlužna. Především není dosud známa přesná příčina. Je to pravděpodobně tím, že jediná příčina všech schizofrenií neexistuje. U každého nemocného může být jiná. Významnou roli hraje dědičnost, v některých rodinách je častější než v jiných. Velmi často onemocní lidé po nějaké osudové ráně: zklamání v lásce, úmrtí někoho blízkého, těžký společenský neúspěch. Takové psychické trauma nemusí někdy připadat blízkým nemocného jako příliš závažné. Důležité však bývá, že subjektivně pro samotného nemocného způsobí ztrátu smyslu jeho života. Už toto bývá pro okolí nemocného těžko pochopitelné. Proto se nemocný cítí opuštěný, uzavírá se do sebe, zanedbává mezilidské kontakty, začíná si budovat svůj od reality odtržený svět, který jako by byl vysněnou obranou proti kruté, pro nemocného nepřijatelné realitě. Zvýšené riziko takového vývoje bývá u lidí, kde už v útlém dětství došlo k psychické traumatizaci. Bývá těžké rozhodnout, zda pro zvýšené riziko onemocnět byla podstatná genetická vloha nebo výchova nemocného podivínským rodičem. Nezřídka propuká nemoc po oslabení organismu infekční nemocí, po úrazu, porodu, vyčerpání. Určitou úlohu může hrát změněná imunita. Propuknutí schizofrenie usnadňuje také přestěhování se do nového sociokulturního prostředí, kde se jedinec ocitá ve společenské izolaci. Takovou sociální izolaci trpí často i ženy v prostředí svého domova na mateřské dovolené.³⁰

4.4 Příznaky schizofrenie

Schizofrenie začíná nejčastěji během dospívání a v začátcích je onemocněním mladých lidí. Zřídka dochází k onemocnění náhle a nečekaně. Onemocnění může předcházet různě dlouhé období několika měsíců až let, kdy se tyto lidé postupně mění, uzavírají se a přerušují sociální kontakty. Rodiče si leckdy náhle uvědomí, že mají doma

³⁰ VINARĚ, O. *Schizofrenní onemocnění*, s. 6-7.

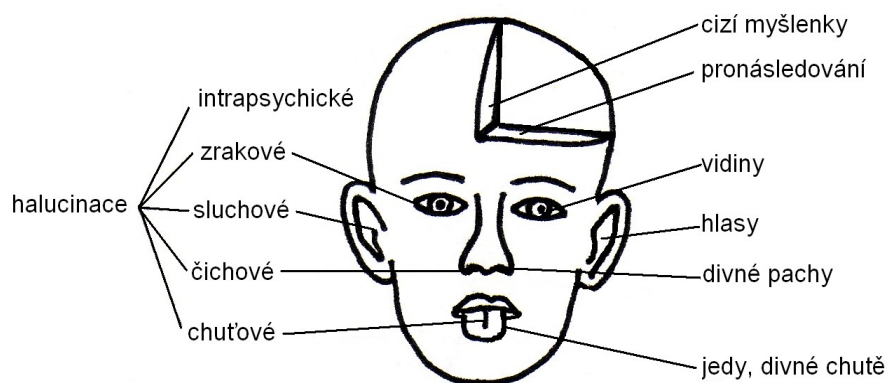
někoho úplně jiného, někoho, komu přestali rozumět. Na začátku onemocnění se často klienti cítí podivně bez radosti, s nepochopitelným napětím a obavou, tělesnou únavou a neschopností se soustředit. Někteří z nich jsou naopak bezcílně aktivní, zahajují řadu činností, ale nic pořádně nedokončí. Postupně mohou ztrácet sociální kontakty zcela a začnou se uzavírat do svého vlastního fantazijního světa. Začínají všude kolem sebe vidět zvláštní souvislosti, jsou nedůvěřiví a úzkostní a z toho může vznikat neklid a nespavost. Mají pocit, že v okolí se mnoho změnilo, jakoby se každá událost a každý předmět vztahoval k nim osobně. V tomto období počátku onemocnění se řada mladých lidí stává členy různých náboženských sekt a hnutí, kde hledají vysvětlení toho, čemu nerozumí. Podněty a vjemy z okolí se začínají měnit, okolní svět jim připadá cizí, zvláštní, a různé události si začínají dávat do různých souvislostí. Z pocitu vztahovačnosti všeho k vlastní osobě se mohou postupně vyvinout bludná přesvědčení a časté pocity pronásledování.³¹ Další uváděné příznaky a změny jsou:

- Změny v osobnosti – nemocný člověk může zhrubnout, zatrpknout, nedokáže se o sebe postarat, je narušena jeho pozornost, paměť a celková mentální výkonnost. Typická je vztahovačnost.
- Emoce - mohou být nepředvídatelné, neadekvátní situaci a často se střídající. relativně častá je ambivalence, to je rozpolcenost, kdy člověk neví, jestli se mu něco líbí nebo jestli to nenávidí.
- Myšlení – člověk se schizofrenním onemocněním má tendenci myslet stereotypně a podle vlastních, svérázných pravidel. Pro každý jev potřebuje najít nějaké vysvětlení. Například, když člověk jde parkem a kus před ním spadne ze stromu větvíčka. Zdravý jedinec se tím vůbec nezabývá, zatímco nemocný schizofrenií hledá důvod, proč se tak stalo. Poté dojde k silnému a nezvratnému přesvědčení, že je to například znamení, že ho chce někdo zabít. A dále, protože se ve vlastních myšlenkách neorientuje, začne některé myšlenky považovat za cizí. Jedná se o pocit vkládání cizích myšlenek nebo naopak jejich kradení někým dalším. Vyskytují se i zárazy myšlení, což je nemožnost pokračovat v přemýšlení.
- Řeč – řeč je odrazem myšlení, takže může být nesouvislá, plná novotvarů, případně opakovaných slov. Vyskytuje se tzv. slovní salát, kdy dotyčný vedle

³¹ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 23.

sebe klade slova, která spolu naprosto nesouvisí. Člověk nemocný schizofrenií může také přestat mluvit úplně.

- Společenská oblast – typické jsou problémy ve sféře komunikace, asertivního prosazení nebo zvládnání agresivity. Dotyčný se většinou uzavírá a funguje hlavně ve vlastním světě.³²



Obr. 1: Příznaky schizofrenie

4.4.1 Pozitivní příznaky

Mezi nejtýpčtější pozitivní psychotické příznaky patří halucinace a bludy halucinace. Blud je nepravdivá, falešná představa, která však nemocnému připadá naprosto pravdivá a nelze mu ji vymluvit.³³ Například může být přesvědčen, že okolo něj existuje spiknutí lidí, kteří usilují o jeho život. Nebo, že nějaký jiný člověk čte jeho myšlenky a popřípadě jej může ovlivňovat. Patří zde i bludné přesvědčení, že dotyčný je nadán výjimečnými schopnostmi či nadpřirozenou mocí. Pod vlivem těchto bludů pak nemocný i jedná, což mu působí další problémy.

Halucinace vznikají zkresleným vnímáním okolní reality. Vycházejí z nekontrolovatelné fantazie nemocného. Znamená to, že člověk vidí, slyší nebo cítí

³² Dostupné na: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/priznaky-schizofrenie#ixzz1qWVXWLuL>.

³³ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 25-26.

věci, které nejsou vidět, slyšet nebo cítit ostatními lidmi.³⁴ Nejčastější jsou halucinace sluchové, kdy nemocný může slyšet jednoduché zvuky nebo hlasy. Hlasy k nemocnému hovoří přímo nebo hovoří o jeho osobě. Velmi nebezpečné jsou hlasy, které nemocným dávají příkazy. Pod jejich vlivem může dojít k impulzivnímu chování.³⁵

4.4.2 Negativní příznaky

Mezi negativní příznaky patří především postupné snížení a ochuzení citového prožívání, jako by se nemocného nic netýkalo, vše mu bylo jedno. Zpravidla se pak uzavírá do sebe. Komunikace s okolím je omezená. Nemocný se může zcela stranit společnosti. Dále se může objevit porucha koncentrace pozornosti a velké obtíže rozhodovat se a plánovat. Dalším příznakem je oslabení až ztráta vůle. Nemocný ztrácí zájem o věci, které dříve dělal a které ho bavily. Uzavírá se a stahuje do sebe. Někdy upadá do tělesné strnulosti, kdy přestává mluvit, pít a jíst. U nemocného se mohou objevit i časté poruchy nálady. Úzkost doprovází pocity pronásledování a stavy velké vnitřní nejistoty. Časté jsou i pocity beznaděje a obavy, že se nemocný neuzdraví. Mohou se objevit i sebevražedné myšlenky.³⁶

4.5 Projevy schizofrenie – psychotický stav

Prvotní projevy nemoci mívají dosti nespecifické příznaky, často zaměnitelné za znaky dospívání. Nemocní bývají plaší, mají omezené emoce, vyhledávají spíše sociální izolaci a ve společnosti jim schází přirozené chování. Schizofrenie má rozdílnou dobu nástupu. Zatímco u někoho se rozvine poměrně rychle, u jiného má spíše plíživý progres. Podstata vzniku a tedy i příznaků je ve vyšším množství dopaminu, jenž určuje důležitost prožitého zážitku. Tím, že schizofrenií nemocný člověk vnímá i naprostou banalitu jako podstatný fakt dochází ke změně v myšlení, kdy za vším začíná hledat nějaký záměr. To narušuje jeho schopnost pozornosti, paměti a podepisuje se to

³⁴ JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 8.

³⁵ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 25.

³⁶ Tamtéž, s. 27-28.

i v mentální výkonnosti. V množství informací, u nichž se snaží najít smysl, proč tomu tak je, způsobuje dezorientaci ve vlastních myšlenkách, což může vyústit v pocity, že mu je někdo do hlavy vkládá nebo naopak, že mu jich část někdo další krade. Tato rozpolcenost uvažování se projeví i na komunikačních schopnostech, kdy může slovosled věty být dosti zmatený či nedávat vůbec smysl. Sociální izolace může nakonec vyvolat úplnou ztrátu řeči. Častá je rozpolcenost, tedy naprostá neschopnost se rozhodnout jaký k dané věci má přístup, zda se mu líbí nebo ne. To vyústí v naprostý nezáměr a ztrátu motivace. Sociální izolace povětšinou příznaky schizofrenie prohlubuje a nemocný postupně ztrácí zájem o veškeré hygienické návyky.

První projev schizofrenní psychózy se nazývá ataka neboli úder. Někdy se tato ataka projeví náhle, nečekaně a bez varování. Častěji se však onemocnění postupně rozvíjí. Do tohoto období patří například úzkost, emoční rozlady, podrážděnost, vztahovačnost, nespavost, pocity neskutečnosti, únava, nesoustředěnost.³⁷ Dalšími projevy mohou být depresivní nálada, neklid, nezáměr o dění v okolí, nezáměr o svůj zevnějšek.

Po léčbě k odeznění halucinací, bludů a dalších příznaků následuje „*stabilizace*“. Ve stadiu stabilizace je člověk bez větších potíží a postupně se vrací do původního života. Stadium stabilizace může být však přerušeno „*relapsem*“.³⁸

4.5.1 Relaps - definice

Relaps je návrat akutních příznaků, tedy těch potíží, které již byly jakoby vyléčené. Riziko relapsu je vyšší zejména při snižování dávky nebo vysazování léků bez vědomí lékaře. Velmi důležité je proto věnovat pozornost varovným příznakům. Doporučuje se, aby každý nemocný měl u sebe tzv. Kartičku první pomoci, (Příloha I., II.).³⁹

³⁷ JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 13.

³⁸ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a jak se jí brání*, s. 62.

³⁹ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 62-63.

4.5.1.1 Varovné příznaky relapsu

- bezdůvodný pocit nepohody, napětí či nervozity
- nadměrné vzrušení, předrážděnost
- nesoustředivost
- problémy s jídlem
- zhoršená spolupráce v léčbě
- nespavost, ale někdy také naopak nadměrná spavost
- uzavírání se do sebe a sociální stažení
- pocit vnitřního neklidu
- zhoršení schopnosti soustředit se
- smutek a deprese
- úzkost
- podivnosti v chování
- pocit, že druzí o vás hovoří nebo si vás nadměrně všímají
- pocit, že si druzí z vás dělají legraci, zesměšňují vás
- slyšení hlasů, zrakové přeludy
- pocit, že v televizi, v rozhlase, v novinách jsou náznaky, které se vás týkají
- pocit smutku, beznaděje, ztráty zájmu
- snížený zájem o kontakt s přáteli
- ztráta chuti k jídlu
- zhoršení paměti, nadměrná roztržitost
- pocit neschopnosti
- nadměrná váhavost, týkající se i banalit
- nadměrné zaujetí náboženskými tématy nebo filozofií, posmrtným životem
- nakupování nepotřebných věcí⁴⁰

Neexistuje žádný jednotný průběh schizofrenního onemocnění. Když nemocný upadá do schizofrenního prožívání, nedokáže současně vnímat své vlastní onemocnění. Za nemocné jsou považováni ti druzí, kteří nesdílejí jeho prožívání.⁴¹

⁴⁰ PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 70-71.

⁴¹ HELL, D.; FISCHER – FELTEN, M. *Schizofrénie – základy pre porozumenie a orientáciu*, s. 25-28.

4.5.1.2 Program ITAREPS

Jedná se o sledování časných varovných příznaků pomocí moderních technologií. Program byl vyvinut MUDr. Filipem Španielem z Psychiatrického centra Praha a podle dosavadního šetření má velký efekt v předcházení relapsu a hospitalizaci. Je vhodný spíše pro mladší klienty, kteří jsou zbláhli v používání mobilního telefonu. Princip je jednoduchý: jednou týdně klient pošle pomocí sms několik čísel, která znamenají odpověď na desetibodový dotazník mapující časné varovné příznaky. Otázky jsou stále stejné, klient se je rychle naučí a snadno ohodnotí. Stejným postupem napíše druhou sms nezávisle i někdo z rodinných příslušníků, kdo hodnotí varovné příznaky pohledem zvenčí. Tyto dvě sms jsou odeslány do centrály programu, v němž počítač porovná číselné hodnoty z předchozího týdne se současnými. Pokud zjistí zhoršení, odešle mailem automatické upozornění ošetřujícímu psychiatrovi. Lékař pacientovi co nejdříve zavolá, aby zjistil podrobnosti a popřípadě upravil medikaci.⁴²

4.6 Dělení schizofrenie

Na základě převažující psychopatologie se schizofrenní poruchy dělí na několik klinických forem:

- F20.0 Paranoidní schizofrenie – charakterizovaná převážně bludy
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie – nejčastěji svými projevy převažuje pubertální období
- F20.2 Katatonní schizofrenie – v popředí jsou poruchy hybnosti
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie – nemívá obvykle vyhraněnou podobu
- F20.5 Reziduální schizofrenie – chronický stav po ústupu akutních příznaků
- F20.6 Simplexní schizofrenie – změny chování, vyplývající z postupného stažení se do sebe
- F20.4 je vyčleněna pro postpsychotickou depresi⁴³

⁴² Dostupné na: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>.

⁴³ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 185.

4.6.1 Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejběžnějším typem schizofrenie, relativně snadno diagnostikovatelným. V klinickém obraze dominují bludy, které jsou obvykle provázené halucinacemi. Nejčastějšími halucinacemi jsou sluchové hlasy, které pacientovi hrozí nebo dávají příkazy.⁴⁴

Pacient je přesvědčen, že je pronásledován, že mu hrozí zničení, že bude použit k nějakým účelům nadpřirozenými silami atd. Může se projevit i patologická žárlivost. Blud ohrožení může být vztahován nejen k nějakým nadpřirozeným bytostem - mimozemšťanům, ale i ke skutečným lidem, například členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům apod. Vzniká zde určité nebezpečí, že by nemocný mohl tyto nic netušící lidi napadnout, aby se v rámci své patologické logiky bránil proti ohrožení. Mívají také poruchu vůle, nedovedou se přinutit k potřebné aktivitě. Myšlení je narušené a to především svým přizpůsobením bludného výkladu reality. Tato forma schizofrenie vzniká v pozdějším věku než ostatní varianty, zpravidla do 40 až 45 let.⁴⁵

4.6.1.1 Bludy

Blud je vždy příznakem vážné psychické poruchy. Je to nevývratné a mylné přesvědčení nemocného, které ovlivňuje výrazným způsobem jeho myšlení. Bludy vznikají na základě chorobného procesu, vyvěrají z vnitřního prostředí nemocného a jsou spojeny s jeho individualitou. Obsah bludů může odrážet vnější svět.⁴⁶

Bludů je velké množství. Podle obsahu se bludy dělí na makromanické a mikromanické. U makromanických bludů je přeceňována vlastní osobnost, její význam, síla, chytrost, zdraví. Dělí se na:

⁴⁴ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 185.

⁴⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 184-185.

⁴⁶ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 101.

- Bludy extrapotenční, ve kterých je nemocný chorobně přesvědčen o své síle, o svém nadání, svých schopnostech, které často přesahují myslitelné hranice.
- Bludy megalomanické, ve kterých je nemocný přesvědčen o neobyčejném významu své vlastní osoby. Bludy megalomanické se dále rozdělují na:
 - blud originární – nemocný je přesvědčen o svém vznešeném původu
 - blud invertorní – je velkým vynálezcem, je autorem významného objevu, často však nesmyslného
 - blud reformátorský – nemocný je přesvědčen, že je vyvolen k uskutečnění převratných společenských změn
 - blud religiózní – je zakladatelem nového náboženství, je vtělením nějakého boha
 - blud kosmický – pohybuje se v létajícím talíři, pochází z jiné planety a udržuje spojení s jinými galaxiemi⁴⁷

Bludy mikromanické jsou opakem bludů makromanických. Tyto bludy bývají spojeny s depresivní náladou. Nemocný je přesvědčen o vlastní nevýznamnosti, o svém provinění. Domnívá se, že zavinil neštěstí velkého počtu lidí, že je zodpovědný za nejrůznější katastrofy. Tyto bludy se dále dělí na:

- Blud hypochondrický – nemocný je přesvědčen, že trpí zákeřnou nepoznanou chorobou. Obsah nemoci může mít i fantastický ráz.
- Blud autoakuzační – nemocný si myslí, že zavinil různá neštěstí, zemětřesení, války, dopravní nehody.
- Blud negační – vede k popírání existence. Nemocný neguje své tělo, svou rodinu. Může dojít i k popření existence celého světa.
- Blud insuficienční – nemocný je přesvědčen o své naprosté neschopnosti, že není schopen jakékoliv aktivity.
- Blud obavný se týká nadcházejících katastrof, živelních pohrom, které mohou postihnout jeho rodinu, město, celý svět.
- Blud urinační – nemocný má strach z finančního úpadku a hluboké chudoby.

⁴⁷ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 101.

- Bludy pseudomegalomaničké – jsou to bludy s depresivním nábojem, ale v jejich obsahu jsou přítomny obavy z nadměrných výkonů nebo enormních situací, například, že ne nemocný odsouzen k nesmrtelnosti, k věčnému bloudění světem za stálého utrpení.
- Blud dysmorfobický – nemocný je přesvědčen o znetvoření či zohyzdění svého těla nebo jen některých částí.⁴⁸

Tyto paranoidní bludy lze dále rozdělit na:

- Blud perzekuční, který souvisí s představou, že nemocný je sledován, pozorován. Je ovlivňován škodlivými paprsky, jedy, je obětí spiknutí. Nemocný může reagovat tím, že se schovává, vyrábí si nejrůznější masky a krunýře, které ho mají chránit. Může se bránit i tím, že na domnělé nepřátele podává žaloby a stížnosti na úřady, dožaduje se cestou práva.
- Blud emulační (žárlivosti) spočívá v nevratném přesvědčení o nevěře partnera. Je neodůvodněný, nesmyslný, chorobný.
- Blud erotomaničkový – nemocný je přesvědčen, že ho miluje nějaká osoba, často významného postavení, je žádoucím erotickým objektem.⁴⁹

4.6.1.2 Halucinace

Halucinace lze definovat jako nejzávažnější poruchy vnímání. Jedná se o vjemy, které nemají žádnou oporu v realitě nemocný je o jejich opravdovosti nevývratně přesvědčen. Halucinace jsou spojeny s bludným přesvědčením o jejich existenci. Halucinací je mnoho a jejich dělení je obtížné. Nejčastěji se dělí na jednoduché a komplexní. Mezi jednoduché halucinace patří klamné počítky – *fotony*, kdy nemocný vidí záblesky, jiskry, barvy. Dále to jsou *akoasmata*, což jsou jednoduché sluchové halucinace a *olfakce*, které se týkají čichového smyslu. Nemocný cítí různé zápachy, většinou nepříjemné. Halucinace komplexní jsou kombinovaného složení, tedy více smyslů. Tyto halucinace se dále dělí na:

⁴⁸ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 102.

⁴⁹ Tamtéž, s. 102-103.

- Halucinace zrakové – jsou velmi různorodé. Nemocný vidí postavy a předměty menší, než jsou ve skutečnosti, vidí, co se děje za jeho zády, aniž by se ohlédl. Nebo vidí v halucinacích nemocný sám sebe, často je jeho obraz průhledný a dvojník mu přikazuje, co má dělat.
- Halucinace sluchové – jsou nejčastější a nemocní je nazývají *hlasy*. V těchto halucinacích nemocní slyší, že někdo na ně mluví, nadává jim, vyčítá, radí. Někdy jim nařizují něco provést nebo navádějí nemocného k agresivnímu chování.
- Halucinace čichové – jejich obsahem bývají většinou nepříjemné pachy, nemocný cítí sirný zápach nebo plyn. Je v domnění, že ho chce někdo otrávit.
- Halucinace chuťové bývají většinou spojeny s halucinacemi čichovými. Nemocný má dojem. Že je jídlo nechutné, zkažené, otrávené.⁵⁰

4.6.2. Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie začíná nejčastěji v dospívání a časně dospělosti. Karikuje pubertální projevy, charakteristické je nepřiléhavé, neodpovědné a nepředvídatelné chování. Bludy a halucinace, pokud jsou přítomny, jsou proměnlivé.⁵¹

Hebefrenní schizofrenie mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v období, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Pokud v této době vypukne závažné duševní onemocnění, nová identita se nevytvoří a původní, dětská identita není dostatečná jako stabilní základ. Tato forma schizofrenie vypadá jako prohloubená a protahovaná puberta s nápadným šaškováním a chováním neodpovídajícím věku. Nemocní bývají hrubí, neomalení a často i vulgární. Typická bývá značná suverenita. Jejich chování se jeví jako podivné a nesmyslné. Nemocní jsou například schopni náhle, zdánlivě bez příčiny utíkat, začínají se toulat. Rovněž jejich úprava zevnějšku bývá nápadná a neobvyklá, v pozdějších fázích choroby je spíše projevem celkového úpadku osobnosti. Chodí například bez ohledu na roční dobu ve

⁵⁰ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 89-90.

⁵¹ Tamtéž, s. 185-186.

stále stejném oblečení, nosí neustále kabát, ale nemají spodní prádlo, nosí boty naboso, bez ponožek apod.⁵²

4.6.3 Katatonní schizofrenie

U katatonní schizofrenie jsou v popředí poruchy motoriky. Mohou být ve smyslu zvýšené až bezcílné motorické aktivity, grimasování, manýrování nebo naopak ve smyslu stuporu – neproduktivní formy. Časté bývají stereotypie ve verbálním projevu a chování.⁵³

U katatonní schizofrenie se rozlišují dvě varianty:

1. Produktivní forma, která se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou. Může jít o celkově zvýšenou aktivitu nebo kdy nemocný stále opakuje určitá slova či věty, popř. nějaké pohyby.
2. Stuporózní forma, která se projevuje celkovým zpomalením nebo útlumem veškeré motorické aktivity. To znamená, že se pacient nehýbá, často vydrží dlouho v jedné poloze, nemluví a projevuje odpor vůči snaze jej nějak aktivizovat. Jestliže by byl nemocný uveden do nějaké polohy, např. kdyby jej někdo posadil nebo mu zvedl ruku, tak by v této poloze zůstal. Tento příznak se nazývá vosková ohebnost. Nemocný člověk reaguje jako loutka. Nemocní mívají halucinace, které jim zakazují mluvit, jednat apod. Mohou být proto značně nevyzpytatelní, jelikož nelze odhadnout, k čemu je hlasy vyzvou.⁵⁴

4.6.4 Simplexní forma schizofrenie

Tento druh onemocnění je typický časným a plíživým vznikem. Nemocní bývají pasivní, bez zájmu o cokoli, jsou autističtí a izolují se od společnosti. Jsou nápadní svou

⁵² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 185-186.

⁵³ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 186.

⁵⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 186-187.

neschopností zvládat i běžné požadavky, jakož i celkovou nevykonností. Jejich myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. Nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálí.⁵⁵

4.6.5 Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie prezentuje chronický stav přetrvávající po odeznění akutních příznaků schizofrenní ataky. Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí.⁵⁶

4.7 Léčba schizofrenie

Schizofrenie je dnes považována za celoživotní onemocnění s přetrvávajícími příznaky a občasnými relapsy. Jedná se o progresivní onemocnění mozku s redukcí šedé hmoty mozkové. Dle současných představ by léčba schizofrenie měla být dlouhodobá, komplexní, individualizovaná a měřitelná.⁵⁷

Léčba začíná navázáním terapeutického vztahu. Je to proces dlouhodobý. Dobře vedená terapie dává pacientovi šanci žít kvalitní život, produktivní a cenný pro ostatní. Nezbytnost hospitalizace závisí na celé řadě okolností. Je důležité posoudit rizika plynoucí z psychopatologie nemocného i za změny jeho sociální kompetence, jeho kritičnost a ochotu spolupracovat. Hospitalizace je výhodná, pokud nemocný může těžit ze snížení břemene zodpovědnosti v chráněném prostředí léčebného zařízení. Těžiště dobře vedené léčby schizofrenie je farmakoterapie.⁵⁸ Nejčastěji používaná psychofarmaka jsou neuroleptika, antiparkinsonika. Patří zde například Akineton, Kemadrin. Dále to jsou hypnotika, které navozují spánek. Zde patří Stilnox, Hypnogen,

⁵⁵ Tamtéž, s. 187.

⁵⁶ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 186.

⁵⁷ ČEŠKOVÁ, E. *Psychiatrie pro praxi*, s. 40.

⁵⁸ HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, s. 390.

Zolsana. A v neposlední řadě tchymoprofilaktika pro vyrovnání nálady. Z léků jsou to například Lithium, Biston, Lamictal.⁵⁹

Velký převrat v dějinách psychiatrie znamenal objev neuroleptik - chlorpromazinu v 50. letech minulého století. Do té doby byli lidé se schizofrenní psychózou ve většině případů odsouzeni k trvalému pobytu v psychiatrických zařízeních. Teprve od vynalezení neuroleptik je možno uvažovat o vyléčení schizofrenie a o možnosti návratu nemocného do normálního života. V současné době jsou k dispozici neuroleptika, jako je například Zyprexa, Risperdal, Zoleptil, Solian, Seroquel. Všechny tyto léky mají podobné hlavní účinky. Vedou ke zklidnění nemocného a k úpravě spánku. Myšlení nemocného se postupně upravuje, čímž začíná být schopen se lépe soustředit a lépe si uspořádá myšlenky. Bludy a halucinace ztrácejí svoji naléhavost a začínají být nemocnému lhostejné. Průběžně většinou zmizí. Neuroleptika se nepodávají pouze k odstranění akutních schizofrenních příznaků, ale v mnoha případech je nemocný musí brát v nižších dávkách i po odeznění těchto akutních projevů nemoci. Výzkumy ukázaly, že neuroleptika snižují riziko vzniku nové schizofrenní krize až o 40 %. Tak jako jiné léky, tak i neuroleptika mohou mít vedlejší nežádoucí účinky, které nejsou však nebezpečné. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří:

- zvýšená spavost
- závratě
- ztuhlost těla a třes rukou
- vnitřní neklid nutící k popocházení
- sucho v ústech
- svalové křeče
- rozostřené vidění
- narušení menstruačního cyklu
- snížení sexuální vzrušivosti a schopnosti erekce

Pokud nemocný není schopen sám pravidelně užívat psychofarmaka, je možné podávat neuroleptika injekční formou. Jejich účinek přetrvává po aplikaci od jednoho do čtyř týdnů.⁶⁰

⁵⁹ JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 16.

⁶⁰ Tamtéž, s. 16-18.

4.7.1 Psychoterapie

Psychoterapii lze vymezit i jako interdisciplinární obor vycházející z psychologie, který prostřednictvím psychologických prostředků pomáhá člověku v dosahování normality a nalézá uplatnění všude tam, kde jedinec nežije podle svých možností.⁶¹ Psychoterapie je tedy léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky.⁶² Psychoterapie je součástí psychosociální intervence. Rozlišujeme tři formy psychoterapie: individuální, skupinovou a rodinnou. V individuální psychoterapii se nemocný setkává se svým psychoterapeutem dle aktuální potřeby a řeší situace spojené se svým schizofrenním onemocněním. Skupinová psychoterapie má obdobné cíle jako individuální psychoterapie s tím rozdílem, že celý proces se odehrává ve skupině nemocných s podobnými problémy. Takto si nemocný začíná uvědomovat, že není sám, kdo má určité obtíže, a za pomoci sdílených zkušeností ostatních členů skupiny může nacházet i řešení pro své vlastní obtíže. Rodinná psychoterapie se používá u rodin, kde nejsou dobré rodinné vztahy, a proto neumožňují nemocnému se z nich vymanit a uzdravit.⁶³

4.7.1.1 Naslouchání

Naslouchání druhému člověku je první a nejdůležitější fází osobního rozhovoru. V psychoterapii tvoří naslouchání vlastní jádro nedirektivní psychoterapie, které se používá při léčení neuros, depresí, úzkosti atd. Naslouchání je psychologickou záležitostí. Jde v něm o pochopení a porozumění toho, co slyšíme.⁶⁴ Rozeznáváme tři způsoby naslouchání:

1. Naslouchání ušima – slyšením
2. Naslouchání očima – viděním
3. Naslouchání srdcem - milováním⁶⁵

⁶¹ VYMĚTAL, J. *Psychoterapie – Pomoc psychologickými prostředky*, s. 71.

⁶² KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*, s. 13.

⁶³ JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 19.

⁶⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej – naslouchám*, s. 15.

⁶⁵ Tamtéž, s. 23.

„Protože jsem nenaslouchal člověku, s nímž jsem hovořil, nic jsem se nedozvěděl, nenavázal jsem s ním kontakt a nemohl jsem mu pomoci.“ Michel Quoist⁶⁶

S nasloucháním je úzce spojena empatie. Michael Jacobs (1985) říká: „Empatie začíná tam, kde opustíme vlastní myšlenky, city a představy a začneme uvažovat o tom, jak bychom se asi my sami cítili v situaci druhého člověka. Vžijeme se přitom do kůže druhého člověka a pokusíme se vcítit do jeho situace nejen myšlenkové, ale především citové. Empatie znamená vstoupit do prožitkového světa partnera, myslit a cítit jako on myslí a cítí.⁶⁷

„Je možné, že nebudeme-li dnes ochotně naslouchat druhým lidem, nebudou ani oni zítra ochotni naslouchat nám.“ Anne Long⁶⁸

4.8 Sociální význam schizofrenie

Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním. Chování nemocného je podivné a obtížně ovlivnitelné. Stejně tak je těžké se do člověka nemocného schizofrenií vcítit a porozumět jeho projevům. Chování a reakce nemocných nelze předvídat, nelze s nimi běžným způsobem ani komunikovat. Schizofrenie představuje značnou zátěž i pro rodinu. Domov, který by měl být klidným zázemím, tuto funkci ztrácí, protože zde duševně nemocný působí rušivě, v jeho projevech se neustále objevuje něco, co okolí vnímá jako obtěžující. Chování člověka trpícího schizofrenií mnohdy terorizuje život ostatních členů rodiny. Vztahy v rodině se pod vlivem soužití s nemocným určitým způsobem mění. Většina lidí si vytváří od nemocného odstup, nedokáže ho akceptovat s jeho chorobnými projevy a on se nedovede změnit.⁶⁹

⁶⁶ Tamtéž, s. 11.

⁶⁷ Tamtéž, s. 64.

⁶⁸ Tamtéž, s. 98.

⁶⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 187.

4.8.1 Schizofrenie a rodina

Pokud člověk onemocní psychózou, neznamená to zátěž jenom pro něho, ale i pro jeho okolí, především rodinu. Ze statistik vyplývá, že 70% lidí se schizofrenií žije stále se svými příbuznými, zejména rodiči a tito pak mají na ně silný vliv jak pozitivní, tak i negativní. Rozeznáváme dva negativní přístupy těchto rodinných příslušníků k nemocnému. V jednom typu rodin je nemocný vystaven různým kritickým připomínkám za své chování, které většinou souvisí s jeho psychickým onemocněním. Příbuzní totiž tyto obtíže nevnímají a dávají zřetelně najevo svou nespokojenost s jeho chováním. Obviňují jej z lenosti nebo ze schválností z jeho strany. Nemocný pak na výčitky a kritiku reaguje často podrážděně, nebo se ještě více stahuje do samoty. Druhý přístup k nemocnému v rodině je tzv. ochranný. Rodiče se v těchto rodinách chovají k nemocnému jako k malému dítěti. Jsou přesvědčení, že oni nejlépe vědí, co jejich nemocný potomek cítí a potřebuje. Často ve všem jednájí a rozhodují za něj. Je třeba si uvědomit, že i toto chování, i když je vedeno upřímnou snahou co nejlépe ochránit nemocného před všemi problémy, je velmi škodlivé. Příbuzní, kteří znají nemocného daleko lépe než kdokoliv jiný a tráví s ním většinou hodně času, jsou často schopni nejdříve ze všech včas rozpoznat počínající příznaky nové ataky psychózy.⁷⁰

Bez rodiny však duševně nemocní lidé nemají šanci. Duševní nemoc znamená obrovskou zátěž pro celou rodinu. Schizofrenie je onemocnění, které ze 60% postihne jednotlivce a 40% pocítí rodina. Na tom, jak se rodina se situací vyrovná, velmi záleží. Některá rodina se uzavře před světem, vůbec nechce připustit, že by někdo z jejich rodiny mohl onemocnět schizofrenií, trpí pocity viny a studu. Lidem nemocným schizofrenií se nejlépe daří v rozvojových zemích, kde funguje systém základní rodiny, rodu nebo kmene. Celosvětová studie ukázala, že například v Indii nebo v Číně okolí psychicky nemocného člověka podrží. Naše společnost má tendenci podržet duševně nemocného jen chvíli.⁷¹

⁷⁰ JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 21-25.

⁷¹ Dostupné na: <http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php>.

4.8.2 Veřejnost a duševně nemocní lidé

Pracovníci psychiatrických institucí – psychiatři, psychologové, sociální pracovníci a další, kteří se při své pracovní aktivitě dostávají do kontaktů s pracovníky nepsychiatrických institucí, ale i prostými občany, dobře znají odstup, který vůči nim veřejnost zachovává. Podobný zdánlivě nepochopitelný odstup zaujímají tyto instituce a lidé vůči duševně nemocným. Tyto odmítavé postoje veřejnosti vzbuzují stále větší zájem profesionálních pracovníků a úsilí objasnit jejich příčiny. Z hlediska společenského významu nejde o zanedbatelnou oblast. Vývojové trendy ukazují, že současná prevalence duševních poruch bude v příštích letech ještě narůstat. Postižení, jejich příbuzní a blízcí se za duševní poruchu stydí. „Normální“ lidé duševně nemocné podceňují, vysmívají se jim a při práci a společenském uplatnění jim kladou do cesty nejednou více překážek, než by bylo únosné i pro normálního zdravého člověka. Lidé se snaží pochopit nejrůznější technické problémy, hovoří se o éře vědeckotechnické revoluce, ale přistoupí-li se k oblasti duševna, zůstává „rozum stát“. I člověk současnosti se bojí, má strach, prožívá úzkost.⁷²

4.8.2.1 Stigma a duševní poruchy

Lidé duševně nemocní jsou stále stigmatizováni, což se projevuje sociální izolací, bezdomovectvím, nezaměstnaností a pocitem samoty. Stigma duševních chorob má dlouholetou historii a je stále přítomno ve velké intenzitě. I v dnešní době přetrvávají u laické i odborné veřejnosti představy, které negativně ovlivňují chování vůči duševně nemocným, zejména lidem se schizofrenií. Kdo má něco společného s psychiatrií, je druhými lidmi vydělen a vystaven předsudkům a negativním postojům. Slovo stigma je odvozeno z řečtiny a vystihuje ho význam „vypálené znamení“. Toto označení bylo pro ostatní znamením, podle kterého byli jeho nositelé rozpoznáváni a vylučováni ze společnosti. I duševně nemocní byli považováni za hříšné, hodné odsouzení.⁷³

⁷² JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*, s. 9-15.

⁷³ *Cesty z labyrintu duševní nemoci*, s. 4-5.

Za měřítko stigmatizace se považuje odmítání, které se projevuje stupněm společenského odstupu. Stigmatizace mění role nemocného, jeho sociální status a v důsledku toho mnohdy i jeho identitu. Osoby s duševní nemocí jsou společností do role stigmatizovaných někdy manipulováni. Sociální status duševně nemocných je mnohem nižší než status somaticky nemocných. Postoj k duševně nemocným je velmi ovlivněn iracionálními předsudky a malou informovaností veřejnosti o povaze duševních nemocí. Někteří lidé i dnes považují takto postižené osoby za nebezpečné, líné, hloupé, neschopné či dokonce nakažlivé a dávají jim to nejrůznějšími způsoby najevo. Osoby s duševním onemocněním tak čelí současně dvěma utrpením, protože jsou vedle vlastního onemocnění vystaveni ještě také předsudkům veřejnosti. Výsledkem může být jejich stále větší sociální izolace, která současně zhoršuje i jejich zdravotní stav.⁷⁴

4.8.2.2 Chyby a omyly odborné a laické veřejnosti

Existuje řada zakořeněných mýtů o psychických chorobách. Se vzrůstající informovaností odborné i laické veřejnosti, se daří některé omyly uvádět na správnou míru. Většina lidí dnes již považuje schizofrenii za onemocnění mozku a jen zanedbatelná menšina považuje toto onemocnění za výsledek špatné výchovy a slabosti jedince. Laici často vyslovují obavy z nepředvídatelnosti chování a častější agresivity nemocných se schizofrenní poruchou. Je to pochopitelné. Všichni se nejvíce bojíme toho, co neznáme a čemu nerozumíme.⁷⁵

4.9 Práva duševně nemocných osob

V poslední době se hovoří často, a to v různých souvislostech, o lidských právech. Také člověk, který se ocitne v roli nemocného, má určitá práva, která se váží

⁷⁴ Cesty z labyrintu duševní nemoci, s. 4-5.

⁷⁵ ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 88.

k nesnadné situaci lidské bolesti, strádání a nouze.⁷⁶ Právní postavení nemocných s duševními poruchami má některé zvláštnosti, jimiž se liší od postavení ostatních nemocných. Za určitých okolností nemohou činit adekvátní rozhodnutí. Někdy se dostávají do konfliktu s právními předpisy a společenskými zvyklostmi a v důsledku duševní poruchy mohou jednat ke škodě společnosti nebo své. Jsou si svých práv vědomi jen výběrově nebo je nechápou vůbec a většinou je nedovedou ani sami realizovat.

Práva duševně nemocných, stejně jako všech ostatních lidí, jsou zakotvena v *Listině základních práv a svobod*, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Blíže jsou pak specifikována v *Deklaraci lidských práv duševně nemocných*. U psychicky nemocných pacientů musí být zvláště chráněno právo na rovnoprávnost a svobodu, svobodu projevu, svobodu informací o zdravotním stavu, nemoci a způsobu léčby, svobodu pohybu a právo na ochranu soukromí a na listovní a telefonické tajemství. Nesmí docházet k porušování lidské důstojnosti. Současná doba zdůraznila i právo na ochranu osobních dat, které vyžadují mlčenlivost i o faktu, že je někdo pacientem psychiatrického zařízení.

V oblasti trestního práva se setkáváme s nemocnými, kteří se pod vlivem duševní poruchy dopustí trestného činu. Znalci v oboru psychiatrie poté hodnotí, zda v okamžiku spáchání trestného činu mohl pachatel rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání a toto jednání mohl ovládat. Existují ještě zvláštní předpisy pro posouzení zdravotní způsobilosti k řízení motorového vozidla, držení střelné zbraně nebo pro posouzení výkonu rodičovských práv.⁷⁷

Z Deklarace lidských práv duševně nemocných: *Všechny duševně nemocné osoby mají právo být léčeny za stejných profesionálních a etických podmínek jako jiní nemocní. To musí zahrnovat úsilí prosazovat nejvyšší stupeň sebeurčení a osobní zodpovědnosti nemocných. Léčba by měla být přijatelná a měla by co nejméně využívat omezovacích prostředků. Měla by být přínosem především pro nemocného a prováděna*

⁷⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*, s. 3.

⁷⁷ MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 119–120.

*v nejlepším zájmu nemocného a nikoliv v zájmu rodiny, společnosti, zaměstnavatele či státu. Léčba osob, jejichž schopnost postarat se o sebe byla narušena nemocí, by měla obsahovat program psychosociální rehabilitace s cílem znovu obnovit dovednosti nutné pro život. Mělo by být přihlédnuto k potřebám nemocných spojeným s jejich bydlením, zaměstnáním, dopravou, výdělkem, informacemi a k potřebě další péče po skončení ústavní léčby.*⁷⁸

4.9.1 Základní práva a potřeby duševně nemocných osob

- 1) Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost (nedůstojné zacházení, zvláště při hospitalizaci).
- 2) Právo na svobodné rozhodování o sobě samém (zneužívání nedobrovolné hospitalizace a příliš autoritativního terapeutického přístupu, někdy postup jiných orgánů).
- 3) Právo na soukromí (kontrola pošty při hospitalizaci, nedostatek vlastního teritoria v lůžkových zařízeních).
- 4) Právo na práci a spravedlivou odměnu (předčasná invalidizace, nemožnost sehnat práci při invalidním důchodu, nemožnost připravovat se na práci při dlouhodobé pracovní neschopnosti, odmítání ze strany potenciálních zaměstnavatelů, zadržování autorských honorářů, pracovní vykořisťování, nedostatečná odměna za práci).
- 5) Právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení výdělečných možností (nedostatečná výše invalidního důchodu, nedostatek ostatních sociálních podpor).

⁷⁸ Dostupné na: http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf.

- 6) Právo na přiměřenou životní úroveň, včetně stravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb (nedostupnost adekvátní lékařské péče, nedostupná sociální pomoc, vykazování do neuspokojivého bydlení).
- 7) Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech (direktivní terapeutický přístup, zejména při nedobrovolné hospitalizaci).
- 8) Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci (neposkytování či odmítání informací).
- 9) Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu (zakazování nebo omezování návštěv nebo kontaktů).
- 10) Právo na kultivaci a osobní růst (nedostatek podnětů).⁷⁹

4.9.2 Liga pro duševní zdraví

Dne 27. 5. 2008 byla na schůzce organizací pracujících v oblasti duševního zdraví založena *Liga pro duševní zdraví*. Toto setkání bylo iniciováno Českou asociací pro psychické zdraví, jmenovitě MUDr. Martinem Jarolínkem. Cílem Ligy je se aktivním způsobem zasazovat o zkvalitnění života osob s duševním onemocněním a o ochranu jejich práv. Pro lepší orientaci v oblasti právní pomoci duševně nemocným vydala Česká asociace pro psychické zdraví příručku *Právní rádce*.⁸⁰

Tato příručka si klade za cíl pomoci duševně nemocným, jejich blízkým a širší veřejnosti v orientaci v často nejasných právních předpisech, jež se přímo dotýkají člověka s psychickým onemocněním. S příručkou se duševně nemocný může lépe orientovat v právních možnostech ambulantní péče, hospitalizace i v období po propuštění.⁸¹

⁷⁹ Dostupné na: http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf.

⁸⁰ Zprávy z ČAPZ, s. 2.

⁸¹ *Právní rádce*, s. 5.

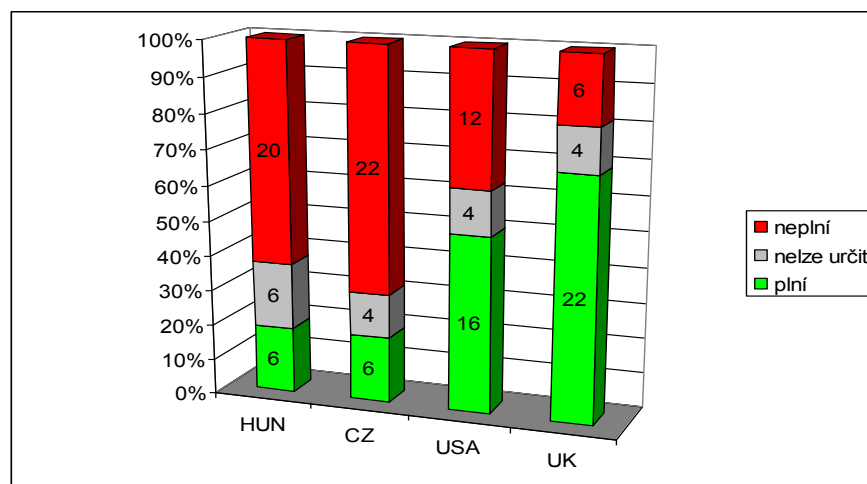
Česká asociace pro psychické zdraví je zřizovatelem právních poraden pro klienty s duševním onemocněním nebo poruchou a jejím blízkým. Služby jsou poskytovány bezplatně. Poradny poskytují poradenství v oblasti občanského, pracovního, trestního a obchodního práva. Pomáhá klientům s vypracováním základních právních textů, žádostí a dokumentů. Po dohodě poskytuje právní poradce také zastupování u soudu. Tato služba je však již zpoplatněna. Jedná se o službu anonymní, klient nemusí žádným způsobem prokazovat svou totožnost.

4.9.3 Srovnání dodržování práv duševně nemocných v ostatních zemích

Srovnávané státy :

- Maďarsko – převážně státní zdravotnictví, pomalý nástup privatizace, problém korupce
- ČR – povinné zdravotní pojištění, ekonomicky samostatné pojišťovny
- USA – komerční zdravotní pojištění, systém státního pojištění pro chudé a staré lidi
- Velká Británie – Welfare model, soukromí poskytovatelé a státní financování,
- Ekonomické regulační mechanismy nahrazovány státním systémem kontroly kvality

Graf 1: Srovnání dodržování práv duševně nemocných



4.9.4. Nejdůležitější mezinárodní dokumenty v oblasti práva

- Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Valné shromáždění OSN, 1948
- Deklarace práv duševně postižených lidí, Valné shromáždění OSN, 1971
- Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, APA, Washington, 1992
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod
- Deklarace lidských práv a duševního zdraví, Nový Zéland, 1989
- Světová deklarace zdraví (World Health Declaration), WHA, 1998
- Úmluva o lidských právech a biomedicině
- Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví⁸²

4.9.5 Věda a výzkum v PCP

Základním posláním Psychiatrického centra Praha (PCP) je vědecká a výzkumná činnost zaměřená na duševní choroby a oblast duševního zdraví. Zvláštní pozornost je věnována prevenci rizikových faktorů vnějšího a vnitřního prostředí, které ohrožují duševní zdraví jedince v různých stádiích a na různých úrovních jeho životního cyklu.

Výzkumná aktivita v oblasti psychiatrické epidemiologie navazuje na činnost oddělení sociální psychiatrie, které vzniklo v r. 1967 a od začátku své činnosti se účastnilo mezinárodních projektů koordinovaných Světovou zdravotnickou organizací (SZO), např. Mezinárodní pilotní studie schizofrenie s dobou sledování 25 let a Dlouhodobá studie průběhu a vyústění schizofrenie s dobou sledování 15 let. V r. 1998 - 1999 pracovníci oddělení provedli rozsáhlé šetření duševního zdraví obyvatel ČR ve spolupráci s Mezinárodním konsorciem psychiatrické epidemiologie

⁸² Dostupné na: <http://www.fokus-cr.cz/index.php/component/phocadownload/category/14-stanoviska>.

a Světovou zdravotnickou organizací. Oblast sledování kvality života naproti tomu představuje nový směr v hodnocení služeb a péče.⁸³



Obr. 2: Certifikát PCP

4.9.5.1 Výzkumné projekty PCP

V současnosti řešené projekty:

- Optimalizace léčby a managementu schizofrenie v Evropě, The OPTIMISE trial, Zadavatel: University Medical Center Utrecht Department of Psychiatry, The Netherlands, kód studie: KP7 242114
- EU Public Health Programme, 2006334 (2008-2010): European Network for Promoting the Health of Residents in Psychiatric and Social Care Institutions. HELPS. Hlavní řešitel: Dr. Reinhold Kilian, Ulm University, Günzburg
- IGA MZ ČR č. G52, 10366-3(2009-2011): Preventivní a rehabilitační programy v terapii schizofrenie a jejich uvedení do klinické praxe
- MZČR MZ0PCO2005(2005-2011) – podprojekty VZ PCP: Epidemiologická analýza výskytu duševních poruch v populaci ČR

⁸³ Dostupné na: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/default.htm>

- Rodina a duševní zdraví – analýza vlivu protektivních a rizikových faktorů

Ukončené projekty:

- GA ČR, č. 313/95/1084 (1995-1996): Kvalita života (QOL-CZ). Validizace české verze instrumentu
- IGA MZ ČR č. 4012-3 (1997-1999): Kvalita života jako hodnotící kritérium léčby u vybraných duševních onemocnění
- IGA MZ ČR č. NF/4978-3 (1998-2000): Nábor osob a údajů pro šetření duševního zdraví pravděpodobnostního výběru z dospělé populace České republiky
- IGA MZ ČR č. NO/6656-3 (2001-2003): Model sledování, hodnocení a zkvalitnění komunitní péče o duševně nemocné
- EU QLK6-CT-2000-00320 (2001-2003): The measurement of quality of life in older adults and its relationship to healthy ageing. WHOQOL-OLD, University of Edinburgh
- Fogharty project No. 1D43 TW05810-02 (2002-2005): Finance and Mental Health Services in Czech Republic (Training Program). Financování a systém péče o duševní zdraví v České republice – vzdělávací program. University of California Berkeley
- EU SANCO project MINDFUL (2004-2006): Establishing a system to monitor mental health service utilisation data. Účast na projektu: řešitel za ČR E. Dragomirecká. Hlavní řešitel: Prof. Heinz Katschnig, Ludwig Boltzmann Institute for Social Psychiatry, Vienna. MINDFUL = „Mental Health Information and Determinants for the European Level“. Projekt řešen jako součást rámcového programu EU „Community Action Programme on Public Health 2003 – 2008
- EU SANCO project MINDFUL (2004-2006): Examining the mental health monitoring systems in the new EU member states. Institute of Public Health of the Republic of Slovenia

- EU SP23-CT-2005-513723 (2005-2007): Quality of care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities. DIS-QOL University of Edinburgh⁸⁴

5 Péče o duševně nemocné v ČR

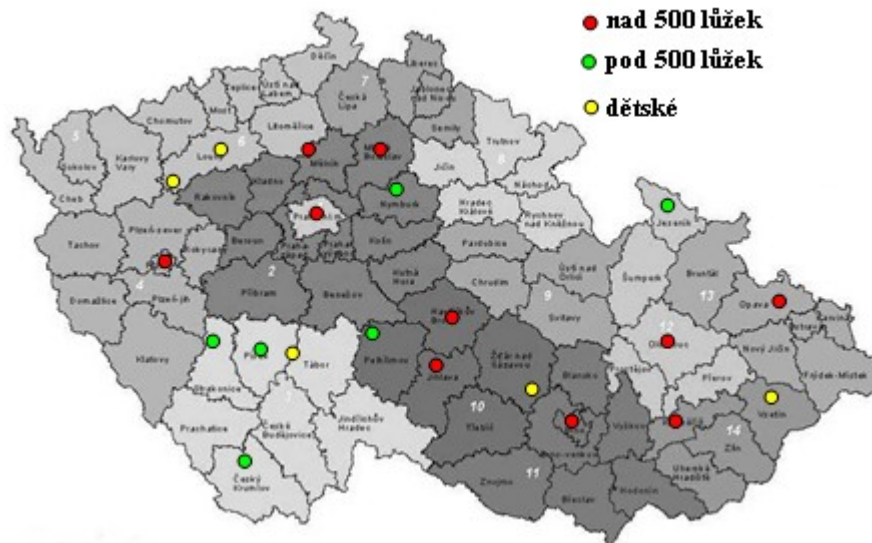
V posledních letech byl zaznamenán nárůst zařízení zabývajících se návaznou péčí o jedince s psychotickým onemocněním. Například v podmínkách Jihomoravského kraje zajišťuje komunitní péči zejména občanské sdružení Práh. Lidé s psychotickým onemocněním mohou získat podporované zaměstnání, například v kavárně Na půli cesty. Prostřednictvím chráněného bydlení se mohou osamostatnit a společně se setkávat v komunitních klubech. V Praze tyto služby zajišťuje Sdružení pro péči o duševně nemocné Fokus (Příloha III., IV., V., VI., VII.). Každoročně probíhají akce na podporu vzájemné komunikace mezi postiženými lidmi a komunikace s laickou veřejností. Velký ohlas získala kulturní akce Mezi ploty, konaná v řadě měst České republiky. Dokumentuje obecně známou skutečnost, že umění je důležitým rozměrem, který přináší obohacení duševního života zdravým i nemocným. I přes tyto možnosti je nutno konstatovat, že v současné době je takových zařízení nedostatek. Vzhledem k ekonomickým podmínkám se i v budoucnosti budou podílet na jejich zřizování nejen stát, ale i řada neziskových a charitativních organizací, jak je tomu i jinde ve světě.⁸⁵

Velkým přínosem pro lidi se schizofrenním onemocněním je chráněné bydlení. Posláním chráněného bydlení je prostřednictvím pobytové služby umožnit osobám s dlouhodobým psychickým onemocněním žít v chráněných podmínkách v prostředí, které jim poskytuje pomoc a podporu v jejich složité životní situaci a poskytovat jim nácvik a přípravu na život v běžných podmínkách. Služba je plánovaná individuálně, což uživatelům umožňuje rozhodovat o dalším způsobu a směřování svého života.

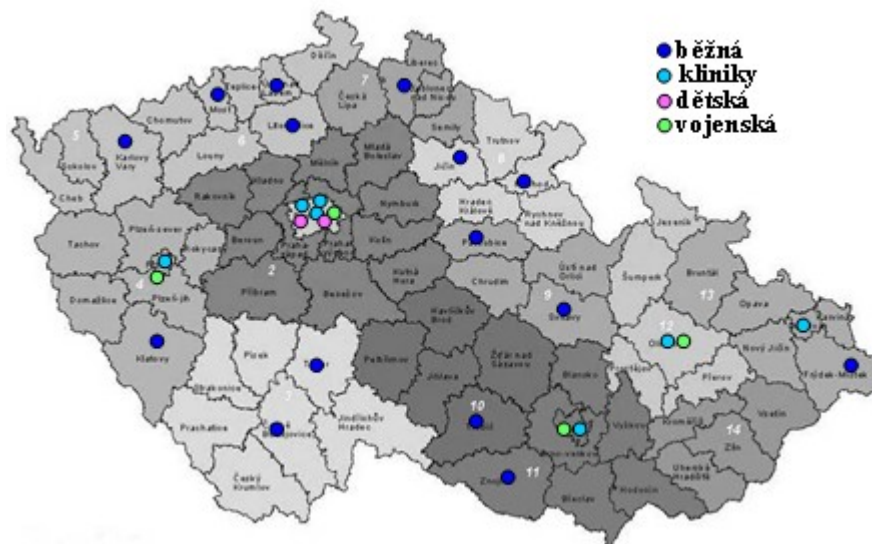
⁸⁴ Dostupné na: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/default.htm>.

⁸⁵ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 81-82.

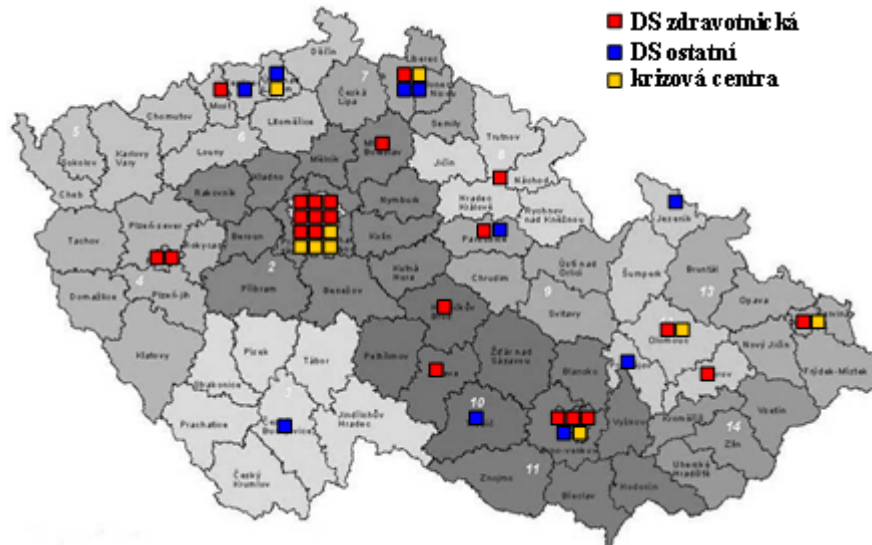
5.1 Geografické rozložení služeb



Obr. 3: Psychiatrické léčebny



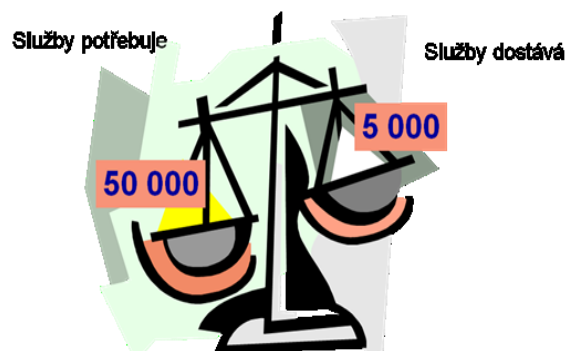
Obr. 4: Psychiatrická oddělení nemocnic



Obr. 5: Denní stacionáře a krizová centra

5.2 Porovnání potřeb cílové populace a kapacity služeb

Potvrzení diagnózy, nasazení medikace a zvážení nutnosti hospitalizace většinou spadá do kompetence odborného lékaře – psychiatra. Na propuštění z ústavní psychiatrické péče by měl navazovat systém komunitní péče, jehož cílem je snaha o celkové zlepšení pacientovy schopnosti začlenit se do běžných každodenních aktivit. K tomu slouží krizové služby, denní centra a denní stacionáře. Denní centra a stacionáře lze rozdělit podle funkcí na terapeutické, rehabilitační, zabývající se zaměstnáváním nebo cílené na sociální oblast. Lze zřizovat také centra podle patientských skupin. Další formou komunitní péče je chráněné bydlení a chráněné podporované zaměstnání.⁸⁶



Obr. 6: Porovnání potřeb cílové populace a kapacity služeb

⁸⁶ SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 81.

5.3 Denní stacionáře a centra

Denní stacionáře jsou v péči o pacienty s duševní poruchou používány více než půl století. V roce 1932 byla v Moskvě otevřena psychiatrická nemocnice bez lůžek. V roce 1935 byl v Bostonu otevřen Adamsův dům a poté v roce 1938 Hospital ve Velké Británii. Služby poskytované se velmi lišily a postupně diferencovaly. V současné době denní stacionáře fungují ve více alternativách. V první alternativě se jedná o akutní ústavní péči v rámci nemocničního psychiatrického oddělení. Dále jako externí forma ústavní péče, ambulantní péče a dlouhodobá rehabilitace pacientů s chronickou závažnou duševní chorobou. Denní stacionář je možnou alternativou pro 20-40 % pacientů, kteří potřebují akutní ústavní psychiatrickou péči. V ČR jsou denní stacionáře zřizovány pro poskytování psychoterapie pacientům s neurotickými obtížemi a pro rehabilitaci dlouhodobě psychicky nemocných.⁸⁷ V současné době je počet denních stacionářů pro klienty s psychickým onemocněním nedostačující.

Program denního stacionáře po personální stránce realizuje odborný tým. Některé specializované programy využívají metod individuálního nebo skupinového případového vedení. Klient denního stacionáře či centra může být do psychotherapeutického programu doporučen, a to praktickým lékařem, psychiatrem, psychologem nebo jiným specialistou. V jiných případech pacient přichází sám a vyhledává program stacionáře či se dostavuje na žádost příbuzných. První krok zajišťuje odborník, u kterého bude pacient v psychotherapeutické péči. Provádí komplexní vyšetření podle povahy problematiky. V určitých případech je potřeba i sociální šetření nebo anamnézu od příbuzných. Na základě vyšetření a po poradě v týmu se navrhne nejvhodnější psychotherapeutický program. Další krok provádí odborník nebo člen týmu, u kterého bude klient v psychotherapeutické péči. Poté následuje dohoda s klientem. Studie zabývající se efektivitou denních stacionářů srovnávaly tuto péči jak s péčí lůžkovou tak ambulantní. V obou případech byla vyhodnocována i efektivita nákladů. Zlepšení psychického stavu je rychlejší v případě denních stacionářů a tito pacienti jsou méně hospitalizováni. U denních stacionářů je větší spokojenost s léčbou u pacientů i rodinných příslušníků. Když se na počátku

⁸⁷ KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 80-81.

90. let začalo ukazovat, že ani nově vytvářené zákonné normy s netradičními formami péče nepočítají, stacionáře začaly čelit existenčním ohrožením. Podobná problematika a výhody skupinového vyjednávání vedly v roce 1994 k vytvoření „pracovní skupiny“ a v roce 1996 k registraci profesní organizace založené ke chránění a prosazování zájmů denních stacionářů a krizových center, ke vzniku Asociace denních stacionářů a krizových center s psychoterapeutickou péčí (ADSKC). Na půdě ADSKC vznikly návrhy podmínek zřizování denních stacionářů a krizových center. ADSKC vstoupila jako řádný účastník do dohodovacích řízení o seznamu výkonů a o ceně bodu, podílela se na zmiňovaném mapování sítě. ADSKC se ve shodě s přijatou koncepcí oboru psychiatrie pokouší prosazovat vytváření takových podmínek, které by umožnily adekvátnější rozšíření dosud výrazně poddimenzované sítě jak denních stacionářů s psychoterapeutickou péčí, tak i krizových center.⁸⁸

5.3.1 Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov

Jedno z nejznámějších zařízení pro následnou péči o osoby se schizofrenním onemocněním v ČR je Denní psychoterapeutické sanatorium (DPS) Ondřejov. Toto zařízení vzniklo v roce 1986. Vedoucím DPS a jediným ze zakladatelů, který zde stále působí, je MUDr. Martin Jarolímek



Obr. 7: Zařízení DPS Ondřejov

(Příloha VIII.). Tým sanatoria dále tvoří psychiatři, psychologové, zdravotní sestry a sociální pracovníci. DPS úzce spolupracuje s Českou asociací pro psychické zdraví (ČAPZ), která provozuje Terapeutickou komunitu Mýto pro mladé duševně nemocné pacient (Příloha IX.). DPS pomáhá nejen lidem, kteří jsou ohroženi vznikem psychotické poruchy, ale i lidem s neurotickými poruchami, lidem, kterým hrozí

⁸⁸ Dostupné na: <http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>.

závislost na alkoholu, hracích automatech či lécích. Pacienti mohou přicházet do zařízení na doporučení lékaře nebo i bez doporučení. Pokud pacient dochází do stacionáře, je možno mu vystavit doklad o pracovní neschopnosti. Všechny služby poskytované DPS Ondřejov jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.⁸⁹

5.3.1.1 Léčebný program

Léčebný program pro pacienty s psychózou probíhá ve Stacionáři a nazývá se *Průběžný stacionární program (PSP)*. Probíhá každý všední den. Jelikož má průběžný charakter, je možné se do něj přihlásit kdykoliv, ale optimální délka setrvání v tomto programu je 10 měsíců. Zahájen je vždy psychoterapeutickou skupinou a poté následuje pestrý program tvořenými typy psychoterapeutických technik, jako jsou například muzikoterapie, pohybová terapie, relaxační technika, trénink kognitivních funkcí, nácvik komunikace a sociálních dovedností. Mezi prvořadé cíle patří prevence návratu psychického onemocnění a případné následné hospitalizace. Dále zvládání příznaků a projevů nemoci v běžném životě. Po ukončení docházky do tohoto programu je možné přejít na jiné návazné terapeutické programy DPS Ondřejov, popřípadě v jiných podobně zaměřených organizacích.

Velmi osvědčená je práce s rodinou. Jsou zde připravovány programy pro rodiče, z nichž alespoň jeden prošel psychickou nemocí a jejich děti. Rodičům majícím dítě ve věku od tří do čtrnácti let a přichází do DPS 1krát měsíčně, se věnuje tým odborníků odděleně skupině rodičů a skupině dětí. Součástí tohoto programu jsou dva pobyty v přírodě. Cílem programu je edukace o psychických nemocech a jejich léčbě, odhalování případné odlišné komunikace v rodině, konzultace výchovných potíží a snaha o jejich zlepšení. Na programu se podílí psychiatr, psycholog, sociální a rehabilitační pracovníci. Celý pracovní kolektiv se snaží o individuální přístup ke zdravotním, osobním, rodinným, sociálním i pracovním problémům každého pacienta.⁹⁰

⁸⁹ Dostupné na: <http://www.ondrejov.cz/>.

⁹⁰ Tamtéž.

6 Kazuistika

Dg: Chronická schizofrenie s defektem osobnosti. Pacientka M. D. (1942). Léčena pro schizofrenii od svých 30 let.

1. hospitalizace v psychiatrické léčebně v roce 1973 pro schizofrenní stupor. Po propuštění byla pacientka v klidu. Asi po 3 letech byla opět přijata. Po propuštění nechtěla pouštět děti do školy, seděla doma a neustále kouřila.

3. hospitalizace v dubnu 1989 po úmrtí manžela, neužívala léky. Dovezena k příjmu dcerou. Podle ní matka s nikým nemluví, nevychází z domu, nejeví o nic zájem, jen sedí a kouří.

4. hospitalizace od prosince 1995, pobyt trvá dosud. Pacientka přijela opět s dcerou. Hlasy jí našeptávaly, aby se nemyla a nemočila. U dcery odmítala jíst, že je jídlo otrávené. Stav pacientky se podstatně nezměnil. Paní je obézní (125 kg), silná kuřačka (80 cigaret denně). Vlivem nadváhy zhoršená chůze, používá francouzskou hůl, o kterou se však jen lehce opírá. Den tráví v kuřárně.

Trpí sluchovými halucinacemi, na které odpovídá drmolivě a nesouvisle. Ty jí našeptávají, že po ní někdo střílí. Ze všech koutů oddělení se pak ozývá její „prásk, prásk“. Několikrát do měsíce odmítá maso s argumentem, že to jsou rozřezané mrtvolky. Na dotazy, proč je tak silná, odpovídá, že pracuje v dolech, kde kutá zlato a potřebuje sílu. Jindy říká, že je pilot letadla nebo letuška a ti musí to letadlo táhnout. Na otázku, jaké republiky máme v naší zemi říká, že Zapadlinskou a Revínskou. Za prezidenta označuje pana Kasla – primáře a když se ptáme, proč si rozškrábala vřídek na tváři, tvrdí, že se jí tudy rodila paní X a ona ji nemohla porodit. Je velký problém pacientku aktivizovat, je velmi pasivní. Někdy sama plete kabátek pro „své dítě“, jindy maluje obrázky (v létě Vánoce). Na společné vycházky po areálu PL nechce chodit, zadýchává se a bolí ji nohy. V létě ráda chodí s ostatními pacientkami na terasu. Dcera si pacientku bere na pětidenní propustky jedenkrát za čtyři měsíce.⁹¹

⁹¹ Dostupné na: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=295936>.

6.1 Osobní příběh vyléčené ženy

Žena z Velké Británie vypráví svůj příběh: „Jsou to už téměř 4 roky, co mi duševní choroba převrátila svět vzhůru nohama. Později se potvrdilo, že trpím paranoidní schizofrenií – nemocí spadající pod psychózy. Trpěla jsem přeludy o mém pronásledování, které byly postupem doby stále zvláštnější. Slyšela jsem hlasy, pokusila jsem se o sebevraždu a nikomu jsem nevěřila – včetně policie a lékařů, protože jsem věřila, že jsou zapojeni do spiknutí namířeného proti mně. Myslela jsem si, že má rodina byla vyvražděna. Po dvou týdnech prožívání svých nejhorších obav jsem byla hospitalizována a dostalo se mi léčby, na kterou jsem dobře reagovala. Do týdne bylo schváleno, že jsem natolik v pořádku, abych mohla jít domů. Tehdy začal další boj. Byla jsem stále ještě těžce paranoidní a krajně deprimovaná. Ráno mi připadalo nemožné vstát z postele a cítila jsem, že život vůbec nestojí za to žít. Měla jsem však odhodlání a s podporou přátel a rodiny jsem se z této hrozná nemoci zotavila. Právě proto se zde svěřuji se svým příběhem. Je zapotřebí o těchto věcech hovořit. Můj úspěch může pomoci ostatním uvědomit si, že se na konci tunelu nachází světlo. Dokázala jsem svému okolí, že jsem byla pouze nemocná, jako mnoho jiných lidí přede mnou jsem se z této nemoci vyléčila. Když se někdo zmíní, že má duševní nemoc, neodvracejte se od nás. Mějte k nám respekt za to, že jsme se vypořádali s tak obtížnou a život měnící zkušeností. Poučte se od nás. Už čtyři roky jsem to znovu já jako kdysi, ale s novým pohledem na svět a empatií pro druhé. Pracuji na plný úvazek v marketingu, mám vlastní dům, žiji společenským životem a každý den si užívám plnými doušky, protože člověk nikdy neví, co může čekat za rohem. Na každého z nás.“⁹²

⁹² Dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/4_1_vbritanie.html.

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bych chtěla blíže přiblížit práci v zařízeních, která jsou zaměřena na pomoc lidem se schizofrenním onemocněním a osobní zkušenosti s projevy schizofrenního onemocnění u klientů. Vybrala jsem si tři centra, z nichž jsem dvě osobně navštívila a v jednom jsem pracovala jako vedoucí zařízení a sociální pracovnice. Jedná se o Centrum *Horizont* Zlín, Terapeutická dílna *Kotva* Strážnice a Centrum denních služeb Uherské Hradiště – Jarošov (CDSJ). Aby má práce byla smysluplná, bylo za potřebí se neustále vzdělávat. V průběhu mé tříleté činnosti v CDSJ (kterou jsem byla nucena ukončit z důvodu úrazu a následných komplikací), jsem absolvovala několik akreditovaných a kvalifikačních kurzů za účelem se více zdokonalit, a to jak v teoretické, tak i praktické oblasti týkající se psychického onemocnění. Mezi absolvované kurzy patří například:

- Psychosociální krizové situace klientů – komunikace
- Počítač a člověk s postižením
- Prevence vyhoření
- Speciálně pedagogické poradenství v systému komplexních služeb
- Pracovní rehabilitace
- Dramaterapie – dramatická výchova s prvky dramaterapie
- Muzikoterapie
- Psychiatrické minimum
- Case management
- Právní minimum pro pomáhající profese
- Pracovník v sociálních službách
- Příspěvek na péči
- Právo sociálního zabezpečení

Nyní bych podrobněji představila jednotlivá zařízení a více přiblížila smysluplnost práce personálu, která nemalou měrou napomáhá k lepší stabilizaci zdravotního stavu klientů a jejich života vůbec.

7 Horizont Zlín

Zařízení Horizont Zlín jsem navštívila spolu s klienty z Centra denních služeb Jarošov, kde jsem pracovala. Toto zařízení se nachází v pěkném a klidném prostředí města Zlína. Horizont Zlín poskytuje služby tak zvané sociální rehabilitace pro lidi od 18 let s duševním onemocněním



Obr. 8: Zařízení Horizont Zlín

z okruhu psychóz, kteří jsou ve stabilizovaném stavu. Patří pod obecně prospěšnou společnost Centrum služeb postiženým Zlín. Tato společnost vznikla v roce 1996 a je nestátní neziskovou organizací. Posláním zařízení Horizont je podpora a pomoc dospělým lidem s duševním onemocněním znovu nalézt a využít vlastní síly k naplnění života v oblasti vztahů a pracovního uplatnění. Za tímto účelem zařízení poskytuje socioterapeutické činnosti, vzdělávací aktivity a pracovní terapii. Odborné služby jsou zde zajišťovány klinickým psychologem, terapeutem, ergoterapeutem a sociálním



Obr. 9: Logo Horizont

pracovníkem. Cílem služby je podporování a naplňování přání uživatelů pracovat, samostatně bydlet, pečovat o své zdraví a naučit se žít se svou nemocí, hledání smyslu a významu života klientů. Dále podporovat klienty při vzdělávání, hájit jejich práva, plánovat volný čas, pomáhat při integraci prostřednictvím kulturních, sportovních a společenských akcí. Co se týká kapacity, zařízení je určeno pro 20 klientů na denní pobyt, v jeden den však pro maximálně 8 klientů. Terénní služba je maximálně pro 2 klienty za den. Počet uzavřených smluv o poskytování sociálních služeb je omezen na 40 osob. V zařízení nemůže být poskytnuta služba osobám, které mají mentální postižení, mají takový typ fyzického postižení, které vyžaduje osobního asistenta, nedodržují vnitřní pravidla zařízení a nebo narušují svým chováním vztahy v zařízení. Poskytování těchto služeb jsou pro klienty zdarma.

Celé zařízení mě upoutalo svými plně využitými prostory. Klienti zde mohou využívat šicí a keramickou dílnu. Výrobky, které v rámci terapie vytvoří se pak následně prodávají na prodejních akcích pro veřejnost (Příloha X. – XV.). Je zde zařízená kuchyňka, která je využita za účelem terapie vaření. Probíhá zde výuka na počítačích a výuka angličtiny. Klienti využívají zejména prostory pro arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii a relaxační cvičení. V zahradě mají klienti k dispozici vlastní skleník, který nemalou měrou přispívá k pracovní terapii a k duševnímu odpočinku. Velkým přínosem pro klienty v tomto zařízení, které jsem osobně pozorovala je canistoterapie, kterou poskytuje pes Tara. Klienti se jeví spokojeni a uvolnění. Dle sdělení stávajících klientů, rádi jezdí na plavání, na výlety a do divadla. Dle zájmu a zdravotních možností klientů, kteří si chtějí najít placenou práci je k dispozici v zařízení průběžný nácvik zvládnání pracovní zátěže a postupné zvyšování pracovní doby. Jedná se o jednoduchou pracovní náplň, jako je například skládání kartonů, kompletace výrobků, výroba keramiky a další činnosti. Je zde podpora klientů při hledání vhodného zaměstnání v chráněných dílnách nebo i na volném trhu práce. Pro klienty, kteří se chtějí naučit se o sebe postarat, je připraven program, ve kterém si zvýší svou soběstačnost a to jak ve vaření, péči o domácnost, nakupování, praní, ale získají i základní informace z oblasti finanční a právní. Většinou se zde zapojují klienti, kteří jsou zatím závislí na rodině, ale uvažují o samostatném bydlení. Pro klienty, kteří trpí sociální izolací a sami nezvládají navazování kontaktů, je zde možnost nácvik komunikace, která probíhá pod vedením psychologa. Za tímto účelem je vyhrazen i jeden den v týdnu, kdy klienti mohou navštívit kavárnu Horizont, kde mohou posedět v zařízení, popovídat si, zahrát společenské hry nebo se věnovat kreativním činnostem dle vlastního výběru.

Co se týká projevů schizofrenního onemocnění u klientů v tomto zařízení, nelze v průběhu jednodenní návštěvy v zařízení rozpoznat. Klienti se zjevně jeví klidně, vyrovnaně, spolupracovali. Jelikož jsem tvořila jeden celek spolu s klienty našeho zařízení (CDSJ), neshledala jsem zde u klientů navštíveného zařízení neklid ani nedůvěřivost. Dotazníkovou metodu jsem zde neprováděla, abych nenarušila harmonii vztahů. Celkové hodnocení služeb v zařízení Horizont Zlín bych označila jako velkým přínosem pro klienty se schizofrenním onemocněním i pro jejich rodiny.

8 Sociálně terapeutická dílna Kotva

Sociálně terapeutickou dílnu jsem měla možnost navštívit jako učitelka náboženství v rámci exkurze s žáky základní školy, kteří se účastnili ve Strážnici Biblické soutěže. Sociálně terapeutická dílna je součástí Charity Strážnice. Charita Strážnice je nestátní nezisková církevní organizace



Obr. 10: Zařízení Kotva Strážnice

působící v oblasti sociální a humanitární pomoci na území města Strážnice a blízkého okolí. Je součástí Arcidiecézní charity Olomouc (ACHO), patří ke Sdružení české katolické charity (SČKCH). V roce 1995 se SČKCH stalo členem celosvětové organizace Caritas Internatiolis. Charita Strážnice vznikla 23. 4. 1992 a její územní působnost spadá i na obce Petrov, Radějov, Sudoměřice a Rohatec. Mimo sociálně terapeutické dílny Kotva se Charita Strážnice orientuje ještě na další aktivity. Zajišťuje charitní pečovatelskou službu, osobní asistenci, humanitní pomoc, dobrovolnické



aktivitu a provozuje chráněnou dílnu – Středisko Ave pro lidi se zdravotním postižením, kteří nemají možnost najít vhodné zaměstnání. Charita Strážnice má svou charitní prodejnu a od března 2012 má chráněná dílna Ave možnost pro prodej svých výrobků i pronajatý prostor v Praze 5 Stodůlkách u metra B stanice Luka.

Obr. 11: Logo Charita

Sociálně terapeutická dílna Kotva byla otevřena v roce 2005. Její služby jsou určeny lidem s duševním onemocněním, kteří jsou v produktivním věku a žijí ve Strážnici nebo dostupném okolí. Tento projekt je financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky. Posláním sociálně terapeutické dílny Kotva je nabídnout těmto lidem, kteří z důvodu snížené soběstačnosti nemají možnost zařazení na otevřeném ani chráněném trhu práce, možnost posílit a rozvíjet jejich pracovní schopnosti a dovednosti prostřednictvím každodenní pracovní činnosti. Denní kapacita

terapeutické dílny je 15 osob. Personální obsazení tvoří vedoucí, sociální pracovníce a psycholog. Kontakt a bližší informace o zařízení (Příloha XVI., XVII.).

Klienti se v zařízení učí pracovním návykům, učí se dovednostem, s kterými jsou schopni se sami o sebe postarat. V rámci exkurze jsem měla možnost se seznámit nejen se samotnou činností klientů v zařízení, ale i s některými klienty osobně. Klienti působili spokojeným dojmem. Zvláštní projevy schizofrenního onemocnění jsem nepozorovala. Je to však způsobeno mým krátkodobým pobytem v zařízení. Klienti vyjadřovali spokojenost s programem zařízení a sdělovali pozitivní vnímání při samotných činnostech. Učí se zde fotografovat, tkát na ručním tkalcovském stavu (Příloha XVIII.), pracují s keramickou hlinou, navlékají korálky, učí se angličtinu, batikují a savují trička. Muži pomáhají při tvorbě dřevěných hraček (Příloha XIX.). Společně se podílejí na nácviu sebeobsluhy, jako je nákup nebo jednoduché vaření (Příloha XX.). Dalšími činnostmi v zařízení je relaxace při hudbě, společná četba a zpěv, vzdělávání. Společně jezdí na výlety do přírody. Protože jsou klienti velmi tvořiví, vydávají pro sebe i pro veřejnost časopis Kotva. Ten vychází jako čtvrtletník a obsahem jsou události a novinky v zařízení, recepty, pranostika na nadcházející čtvrtletí. Je zde i prostor určený pro vtipné řádky. Celý časopis je obohacen fotografiemi a obrázky k daným tématům.

V zařízení je zaveden denní režim, který klientům dle průzkumu vyhovuje. Každé ráno po příchodu do zařízení následuje společné zahájení dne. Poté se klienti rozptýlí společnou rozcvičkou a začíná první hodina pracovní terapie. Po společné svačině se opět pokračuje v pracovní terapii. Po obědě pokračuje volnočasový program dle přání či koníčků klientů. Úterý je vyhrazeno na vaření a pátek na výlety. Dle dohody přichází do zařízení psycholožka, vždy se zajímavým programem.

Toto zařízení na mě působilo dojmem rodinného domova, klidu, pohody. Pro klienty je sociálně terapeutická dílna Kotva velkým přínosem pro život. Klienti chodí do zařízení velmi rádi, těší se na kolektiv. Nachází zde pozitivní motivaci smysluplného využití dne. Dle vyjádření zaměstnanců zařízení, poskytované služby snižují negativní projevy schizofrenního onemocnění klientů.

9 Centrum denních služeb Jarošov

Centrum denních služeb Jarošov se stalo nezapomenutelným místem mého dosavadního zaměstnání. Sdílela jsem zde s klienty se schizofrenním onemocněním jejich každodenní životní události, jejich radost i těžké dny. Centrum denních služeb Jarošov (CDSJ) patří mezi zařízení Oblastní charity Uherské



Obr. 12: Zařízení CDSJ

Hradiště. Jejím zřizovatelem je Arcidiecézní charita Olomouc. Oblastní charita Uherské Hradiště působí v oblastech sociální, zdravotní a humanitární pomoci a při všech svých činnostech se snaží o naplňování poslání, zakotveného do stanov Arcidiecézní charity Olomouc: „Charita, jako milosrdná láska, je naplňováním Kristovy výzvy vyhledávat potřebné a pomáhat bližním v nouzi.“ V současné době Oblastní charita Uherské Hradiště poskytuje veřejnosti 17 sociálních služeb. Mimo CDSJ je to dále Azylové bydlení Cusanus, Azylový dům svatého Vincence, Centrum denních služeb pro seniory, Centrum osobní asistence, Centrum svaté Sary, Denní centrum svaté Ludmily, Dobrovolnické centrum, Domácí pečovatelská služba, Domácí zdravotní péče, Domov pokojného stáří Boršice a Odlehčovací služba, Charitní domov Hluk – Domov pro seniory a Odlehčovací služba, Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež TULIP, Občanská poradna Uherské Hradiště, Přeprava osob se zdravotním handicapem, Půjčovna kompenzačních pomůcek a Středisko humanitární pomoci.



Obr. 13: Logo Charita

9.1 Vznik a poslání CDSJ

Zařízení CDSJ vzniklo v prosinci 2006 pro podporu a pomoc lidem s duševním onemocněním. Hlavním důvodem pro jeho vznik byla absence koncepce v oblasti péče

o duševní zdraví v regionu Uherské Hradiště a jeho blízkém okolí. Posláním a smyslem Centra denních služeb Jarošov je dát duševně nemocným spoluobčanům šanci na co nejlepší uplatnění v lidské společnosti, překonávat bariéry v myšlení lidí, které brání vytváření účinného systému péče a služeb pro tuto stále ještě diskriminovanou kategorii lidí. Služby jsou určeny pro osoby od 18 let, které mají stabilizovaný zdravotní stav, jsou v péči ambulantního psychiatra nebo psychologa, mají diagnózu z okruhu psychóz ve fázi remise, jsou soběstační v základních životních úkonech a jsou ochotni spolupracovat a respektovat vnitřní pravidla zařízení.

9.2 Cíle CDSJ

Hlavním cílem CDSJ je pomoc při budování systému komunitní péče pro lidi s psychotickým onemocněním, neboť péče o duševní zdraví na úrovni města, ale i regionu není uspokojivě řešena, což nevyhovuje poznatkům a trendům 21. století. Dalším zásadním cílem je zvýšení, popřípadě udržení stávající kvality života klientů i jejich rodin a snížení potřeby psychiatrické hospitalizace.

Mezi dlouhodobé cíle zařízení dále patří:

- Obnovení a zdokonalování komunikace a sociálních dovedností (vaření, úklid, hospodaření s penězi, vedení domácnosti).
- Adaptace v kolektivu.
- Smysluplné naplnění dne.
- Podpora, posílení sebedůvěry a motivace.
- Podpora k soběstačnosti.
- Získávání nových zkušeností, zážitků a praktických životních dovedností.
- Zapojení do kulturního a společenského života.
- Navazování nových kontaktů.
- Spolupráce s rodinnými příslušníky.
- Informování veřejnosti o problematice duševního zdraví.

9.3 Rozsah služby CDSJ

Při poskytování služeb vychází CDSJ z osobních cílů, požadavků a potřeb klientů, z jejich vnitřního potenciálu a možností. Průběh služby je tedy plánován na základě fyzických a psychických možností a schopností klienta. Zároveň však vychází z materiálových zdrojů a vybavení CDSJ. Aktivity mají působit jako prostředek výchovy, komunikace a sociální integrace. Prostřednictvím nich jsou lidé s duševním onemocněním motivováni k dalšímu vzdělávání a zdokonalování se v pracovních činnostech, sociálních dovednostech i komunikaci, což přispívá ke zkvalitnění nejen jejich života, ale i života jejich blízkých. Účast na všech aktivitách je dobrovolná, klienti mohou ukončit docházku kdykoliv dle vlastního rozhodnutí.

9.4 Přímá práce s klienty

Projevy psychóz – schizofrenního onemocnění jsem měla možnost pozorovat na nemocných klientech po celou dobu mého působení v CDSJ. Každý den přinášel něco nového. Někteří klienti se drželi svého stereotypu, který se velmi obtížně měnil. Jiní vyžadovali stále něco nového.

9.4.1 Vstupní administrativa

Pokud přišel do zařízení nový klient, bylo nutno provést vstupní pohovor. Klienta jsem seznámila s provozním řádem CDSJ a snažila jsem se zodpovědět jeho dotazy. Pro přijetí do zařízení je zapotřebí *Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobyt v CDSJ* (Příloha XXI.). Tento tiskopis vyplňuje klientovi jeho ošetřující lékař. Abychom mohli poskytnout klientovi adekvátní služby, které by odpovídaly jeho potřebám a zdravotnímu stavu, je nutno spolu s klientem vypracovat *Sociální anamnézu*. Sociální anamnéza (Příloha XXII.) je tak zvaný osobní dotazník klienta, který zahrnuje několik oblastí informací o klientovi. Jsou zde uvedeny osobní údaje, sociální oblast, rodinná sféra, zdravotní oblast, hospitalizace, pracovní oblast, představa

do budoucna a spolupráce s rodinou. Dále jsem s klientem vypracovávala individuální plán (Příloha XXIII.), ve kterém se klient zamýšlel nad svými realizovatelnými plány a sám si stanovil, co by se chtěl naučit a čemu by se chtěl v zařízení věnovat. Tyto plány jsme pak společně po určitém období vyhodnocovali. S klientem se uzavírá *Smlouva o poskytování sociálních služeb v Centru denních služeb Jarošov*.

9.4.2 Činnosti v CDSJ

Aby se mohlo vyhovět požadavkům i potřebám klientů a zařízení mělo určitý řád, byl vytvořen *Program Centra denních služeb Jarošov* (Příloha III). Jedná se o týdenní program, který se dle potřeb upravuje a přizpůsobuje. Nyní bych se podělila o postřehy psychotických projevů při jednotlivých činnostech s klienty. Pro orientaci nabídky se jedná o tyto služby: pracovní rehabilitaci, nácvik zvládnání péče o vlastní osobu, nácvik orientace v prostředí, ve kterém ji klient potřebuje, nácvik využívání dopravních prostředků, nácvik dovedností potřebných k jednání na úřadech, pomoc při uplatňování práv a zájmů klienta, sportovní rehabilitaci, nácvik sociálních dovedností a komunikace, nácvik práce s informacemi, socializační a vzdělávací aktivity, psychologické konzultace, relaxace, edukace a osvěta.

9.4.2.1 Pracovní rehabilitace

Mezi pracovní rehabilitaci v zařízení patří šití na šicích strojích, tkaní koberců na tkalcovském stavu a práce na zahradě. Při těchto činnostech klientů jsem použila pozorovací metodu. Pro většinu klientů byl šicí stroj něčím novým. Reakce byla velmi různorodá. Po seznámení s funkčností šicích strojů a předvedení možné činnosti jsem pozorovala u klientů pozitivní náladu. Nejvíce se osvědčil šlapací šicí stroj, kde klienti bez použití nití jen relaxovali. Skutečnou pracovní terapii však mohli vykonávat pouze dvě klientky. I zde byly nutné přestávky v častých intervalech z důvodu únavy, depresivní nálady a neklidu. V případě jedné klientky byl zapotřebí neustálý dohled, z důvodu nenadálého sebepoškození nůžkami. Tkaní koberců na tkalcovském stavu

vyžaduje soustředěnost a pečlivost. Této činnosti se klienti v zařízení věnovali jen zřídka. Bylo to způsobeno vzhledem k náročnosti práce a k nemoci klientů. Přesto se dva klienti touto pracovní terapií odreagovali od svých negativních myšlenek. Z pracovní terapie se nejvíce osvědčila práce na zahradě. Bludy, halucinace a negativní projevy klientů alespoň na určitou dobu odezněly. Klienti při této činnosti zažívali spoustu humorných chvil. Pracovní terapie má pro klienty velmi pozitivní význam.

9.4.2.2 Zvládání péče o vlastní osobu

Mezi základní činnosti péče o vlastní osobu patří ošetření oděvů, chod domácnosti, nakupování, obsluha spotřebičů, chod kuchyně a příprava jídla. Pro tuto činnost byla v CDSJ zřízena a vybavena kuchyň. Jednou týdně probíhá terapie vaření (Příloha XXIV.). Každé terapii vaření předcházela pro klienty náročná úprava. Klienti dostali za úkol se shodnout, co bude v určitý den předmětem jídelníčku. Poté následoval přehledný výpis ingrediencí. Vzhledem k tomu, že některým klientům byl pojem vaření a příprava jídla jako takového cizí, bylo to velmi obtížné. V této fázi se klienti snažili připravit seznam potřebný k nákupu. Zde jsme se společně zamýšleli nad ekonomickou stránkou nákupu, poněvadž jsme měli za úkol dodržet určitou finanční částku. Při této činnosti byly projevy nepatrné, klienti se většinou zapojovali do diskuze. Poté následoval společný nákup potravin. Bylo potřeba využití dopravního prostředku, kde se klienti zdokonalovali v nácviku orientace v prostředí. Při cestování dopravním prostředkem jsem pozorovala u některých klientů neklid, vztahovačnost, někteří klienti měli strach z lidí, z pozorování jejich osoby. Samotná terapie vaření probíhala následující den. Zpočátku bylo nutné seznámení se s zařízením kuchyně. Do terapie vaření se zapojovali klienti dle svých možností. Při této činnosti byla velmi důležitá ostražitost personálu v případě použití nožů a ostrých předmětů z důvodu bezpečnosti. Výsledky své práce pak klienti ocenili při společném obědě. Pro klienty je tato činnost velmi prospěšná, nejen, že se naučí vařit, ale při této terapii jsem nepozorovala žádné negativní projevy schizofrenního onemocnění.

9.4.2.3 Sportovní rehabilitace

Sportovní rehabilitace patří mezi nejvíce využívanou činnost. Klienti mají možnost využít v CDSJ stolní tenis, elektronické šipky, strečink, cvičení na rehabilitačních míčích nebo kolektivní sporty a cvičení na nářadí v tělocvičně. Stolní tenis je nejvíce využíván. U některých klientů se při delší činnosti projevuje zvýšená únava. Doporučuje se pouze jako krátkodobá činnost kombinovaná s jinou terapií. V zařízení je zavedena ranní rozcvička pro každý den. Klientům velmi prospívá. Možnost navštěvovat tělocvičnu je v případě sportovní rehabilitace bezkonkurenční. Klienti se snaží využívat veškeré možnosti, které tělocvična poskytuje. Sportovní rehabilitaci jsme jednou za měsíc zpestřili plaváním v krytém bazénu. Sportovní činnost je pro klienty rovněž prospěšná. Klienti se snaží soustředit na jednotlivé činnosti. Negativní projevy schizofrenního onemocnění jsem zpozorovala jen výjimečně, a to zejména pouze u určitých klientů.

9.4.2.4 Socializační a vzdělávací aktivity

Socializační a vzdělávací aktivity tvoří výuka na PC, kurz angličtiny a němčiny, trénink paměti a kognitivních funkcí, arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a výlety. Výuku na PC je možné realizovat na PC, které jsou k dispozici v zařízení pro klienty. Výuka probíhá individuálně, v rámci PC gramotnosti klientů. Klienti o tuto aktivitu jeví zájem, zejména ti, kteří na PC nemají jiný přístup. Učí se od základní obsluhy, až po náročnější programy. Při této činnosti je rovněž důležitý dohled personálu, aby nedocházelo u některých klientů k negativním reakcím z důvodu získání škodlivých informací. Jedná se zejména o webové stránky různých nebezpečných společenství a sekt. Při práci na PC se klienti snaží o soustředění, jeví se klidně, vyrovnaně. Je to však individuální. Kurz angličtiny a němčiny probíhá individuálně, dle zájmu klientů. Při tréninku paměti a kognitivních funkcí dochází více k soustředěnosti. Při této činnosti jsem využila prostor pro dotazníkovou metodu. Cílem dotazníkové metody bylo zjistit, jak jsou klienti spokojeni se svou kvalitou života. Dotazníkové metody se původně účastnilo pět klientů. Celý dotazník však vyplnili pouze tři klienti.

Pro dotazníkovou metodu jsem použila dotazník zaměřený na měření kvality života, kterou vyvinula Světová zdravotnická organizace pod názvem WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), zkrácená verze WHOQOL-BREF.⁹³ Já jsem použila pro klienty zkrácenou verzi WHOQOL-BREF (Příloha XXV., XXVI.). Kvalita života je definována dle toho, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF jsou rozděleny do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím).

V hodnocení dotazníkové metody vyplývá, že spokojenost klientů se svou kvalitou života je na střední úrovni – nerozhodná, se spokojeností se zdravím jsou spíše nespokojeni, prožívání určitých věcí je na střední úrovni, možnosti provádět určité činnosti jsou na střední úrovni, spokojenost s různými oblastmi je na střední až spokojené úrovni, pocity jsou na špatné úrovni. Celkové průměrné hodnocení je na střední úrovni, kdy klient není ani spokojen, ani nespokojen.

Další pozitivní činnost pro klienty se schizofrenním onemocněním je arteterapie. Jedná se o léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání, ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Arteterapie tedy napomáhá klientům uvolnění, klienti mají možnost vyjádřit své pocity, rozvíjet kreativitu, fantazii, schopnost experimentovat. Podstatným předpokladem arteterapie je především porozumění psychologické řeči umělecké tvorby – významu barev, forem a linií a její korenspondence s duševním prožíváním. Při arteterapii není třeba umět malovat, ani mít výtvarné nadání. Přesto může klientovi ukázat cestu z jeho trápení, pomoci mu k hlubšímu sebepoznání, sebeuvědomění a následnému láskyplnějšímu sebepřijetí. Kromě malby (Příloha XXVII.) mají klienti možnost pracovat s různým výtvarným

⁹³ Dragomirecká, E.; Bartoňová, J. WHOQOL-BREF. WHOQOL-100, s. 86-88.

a přírodním materiálem. Mezi nejoblíbenější činnosti klientů v CDSJ patří výroba vonných svíček, ubrousková technika, malování na sklo, výroba korálků, batika, savování, filcování jehlou a práce s keramickou hlinou. Výrobky klientů (Příloha XXVIII. – XXXII.) je možné i zakoupit na různých prodejních akcích. Kromě individuální práce se velmi osvědčila práce skupinová. Tvořili jsme různé koláže, malby a relaxovali při práci s keramickou hlinou (Příloha XXXIII., XXXIV.). Při této činnosti jsem s klienty komunikovala, protože arteterapie není zaměřená pouze na výsledek, ale na celé tvoření. Pro mne bylo důležité všímání si celého tvořivého procesu jednotlivých klientů a nahlédnout tak do světa klienta a tak jeho světu lépe porozumět. Při mém pozorování jsem objevila různé příčiny chování jednotlivých klientů a vhodným způsobem komunikace jsem se snažila vytvořit léčebný náhled klienta na jeho vlastní problémy.

Pro mnohé klienty byla přínosem muzikoterapie. Při muzikoterapii jsem se snažila vycházet z toho, že zpěv léčí, harmonizuje tělo i duši, přináší radost. Tato terapie probíhala vždy v kolektivu. I když jsem pozorovala u klientů apatii, skleslost, nezájem, únavu, muzikoterapií se mně téměř vždy podařily jejich negativní projevy zmírnit. Pro společný zpěv jsme používali již předem připravené texty, které si klienti velmi oblíbili. Jako doprovod jsem používala elektronické varhany, avšak pouze s určitou skupinou klientů. Ne všem zvuk varhan vyhovoval. Postupně jsme přidávali činely, tleskaly a snažili se využít taneční prvky. Vzhledem k tomu, že se našemu zařízení dostala nabídka pro klienty od PaedDr. Lubomíra Holzera (Příloha XXXV.) účastnit se jako účinkující na veřejném koncertě, byla na určitou dobu muzikoterapie pod odborným vedením. Při přípravných hodinách si klienti kromě šamanských bubnů mohli vyzkoušet i africké bubny djembe, píšťaly, indiánské flétny, zvonkohru Shanti, tibetské činely i tibetské mísy. Klienti byli z odborné muzikoterapie velmi nadšeni. Bubnování plnilo svůj účel. Klienti se odpoutali od svých negativních myšlenek. V průběhu terapie projevovali radost a spokojenost.

Dramaterapie byla dalším obohacením pro klienty. Podařilo se nám společným úsilím zinscenovat pohádku. Klienti si dle vlastního výběru přiřadili své role, ve kterých dobře obstáli. Tato terapie byla však pro klienty náročná, poněvadž opakující se dějové

části je velmi unavovaly. Přesto byla dramaterapie další obohacující činnost, ve které se klienti soustředili na své role a tak alespoň určitou dobu neprožívali svůj mnohdy těžký svět, ale byli přítomni v realitě.

Nedílnou součástí programu v CDSJ jsou výlety, návštěva kina, divadla, výstavy, přednášky. O tyto programy byl velký zájem. Klienti si vyzkoušeli svoji dovednost orientace v cizím prostředí, komunikaci s cizími lidmi, jízdu dopravními prostředky, samostatnost, odvahu a současně získali i nové poznatky a vědomosti. Každý výlet s sebou nesl spoustu pěkných vzpomínek. Tyto vzpomínky jsme pak následně zapisovali do kroniky, která se ještě ilustrovala patřičnými fotografiemi. Při vzpomínkách na tyto programy si klienti připomínali své většinou pozitivní zážitky. To jim poté pomáhalo se opět odreagovat od svých negativních projevů nemoci.

Pro zlepšení nebo alespoň udržení stávajícího stavu klientů, vztahů v rodině a okolí je určena veřejná akce *Preduka* (Příloha XXXVI., XXXVII). *Preduka* je preventivně edukační program pro klienty s psychotickým onemocněním a také pro jejich příbuzné a blízké. Jedná se o šestihodinový program proti relapsu, tedy návratu psychózy. Tento program je pro naše klienty přístupný v Psychiatrické léčebně Kroměříž (Příloha XXXVIII.). Pro nezájem ze strany klientů jsme se tohoto programu neúčastnili.

10 Popis osobního setkání s projevy klientů nemocných schizofrenií

Ve svém popisu bych se chtěla podělit o své osobní zkušenosti s psychopatologickými projevy psychóz – schizofrenií a přiblížit tak veřejnosti svět lidí se schizofrenním onemocněním, který je plný strachu, zoufalství, beznaděje. Vzhledem k tomu, že projevy schizofrenního onemocnění provázejí klienty v jejich každodenním životě, měla jsem možnost v rámci svého zaměstnání pozorovat jejich chování, vnímání reality i komunikaci. Svou empatií jsem se snažila jim více porozumět. Co všechno prožívají je někdy až nepředstavitelné. Jejich mylné představy a vjemy je mnohdy zahánějí do nekonečné propasti utrpení a pláče. Tito lidé jsou odkázáni na pomoc jiných. Jen málo nemocných se po psychiatrické hospitalizaci dokáže sám o sebe

postarat, vést domácnost a žít plnohodnotný život. Téměř vždy následuje dlouhodobá pracovní neschopnost, popřípadě jsou nemocní nuceni ze zdravotních důvodů ukončit zaměstnání. Po propuknutí nemoci většinou opravdových přátel ubývá. Pokud okolí není řádně informováno, co všechno způsobuje tato zákeřná nemoc, odvrací se k nemocnému zády. Avšak bez pomoci příbuzných či známých to nelze. Navazování nových kontaktů je pro nemocné schizofrenií dlouhodobý proces. Jsou nedůvěřiví, uzavírají se více do sebe. Velkým přínosem pro opětovné nalezení smyslu života a opětovné začlenění se do společnosti jsou pro klienty centra a zařízení, kde si mohou najít přátele se stejnými či podobnými potížemi. V CDSJ jsme vytvořili kolektiv dvanácti klientů a personálu. Klienty kolektiv sdružuje a motivuje k docházce do zařízení. Prostory, možnosti a pestrý program, který mohou klienti využívat je dle mého názoru tím nejlepším řešením využití jejich volného času a především velkou pomocí pro zlepšení nebo alespoň udržení stávajícího zdravotního stavu. Z vlastní zkušenosti mohu konstatovat, že bludy, halucinace, stresové situace a další nepříznivé projevy schizofrenního onemocnění jsou nevyzpytatelné. Mnohdy nebylo možné klientu pomoci, aby se dostal ze svého kruhu hrůzy a strachu do reality. Přesto jsem veškerou svou poskytovanou péči považovala za samozřejmost.

10.1 Klient I.

Jedná se o muže ve střední věkové kategorii s diagnosou paranoidní schizofrenie. Reakce a chování klienta byly utlumovány psychofarmaky. U klienta se projevoval insuficienční blud, kdy byl klient přesvědčen o své naprosté neschopnosti jakékoliv aktivity. Byl apatický ke všem činnostem, po požití léků se projevovaly účinky únavy a spánku. Proto bylo neustále zapotřebí klienta motivovat k činnosti. Ve svých bludech se utvrzoval o svém vznešeném původu, avšak prožíval i trauma svého bludného provinění za nějakou negativní událost. Dalšími nepříznivými projevy byly halucinace, o jejichž opravdovosti byl nevyvratně přesvědčen. Ve sluchových halucinacích ho neustále provázely hlasy duchů, které mu nařizovali, jak se má chovat, co může a nesmí dělat a to vše pod podmínkou hrozného trestu, při jejich neuposlechnutí. Jako příklad bych uvedla klientův zoufalý průběh svačiny. Měl před sebou připravené jídlo

a sděloval mi, že má velký hlad. Díval se strnule na ostatní klienty, jak svačí. Poté mi sdělil, že má velký strach začít jíst, protože mu to duchové zakazují. Byl velmi zmatený a zoufalý. Jeho komunikace byla nesouvislá. Po delším rozhovoru a zřejmě i důvěře k mé osobě začal klient jíst. Úspěchem bylo překonat sluchové halucinace, což se po delším komunikativním odreagování podařilo. Mnohdy se objevovaly halucinace chuťové, při nichž byl klient přesvědčen, že má zkažené nebo otrávené jídlo. Klienta pronásledovaly i halucinace čichového smyslu, při kterých cítil nepříjemné zápachy na svých rukou. Tento klient byl několikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně. Většinou odkázán na pomoc jiné osoby. Do zařízení se po určité době naučil docházet sám. I přes jeho nedůvěřivost k jiným lidem jsme společnými silami dokázali vytvořit přátelský vztah.

10.2 Klient II.

Klient II. je muž středního věku. Do zařízení byl doporučen psychiatrickým lékařem po hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Podnětem hospitalizace bylo náhlé zhroucení doprovázené zrakovými halucinacemi, v nichž klient viděl v televizi obnažené ženy. Tento klient se jevil klidně, vyrovnaně, avšak při komunikaci se projevíly obavné bludy z nadcházejících katastrof, živelních pohrom. Jako příklad bych uvedla jeho panický strach z kalendářního měsíce dubna. Byl přesvědčen, že se stane něco hrozného, že přijdou lidé z vesmíru a bude konec světa. Měl panický strach o sebe, o svou rodinu, o celý svět. Tento vnitřní strach, který provázel jeho navenek působící klidný dojem, a úzkost přetrvávaly asi půl roku předem. Tato představa se po roku opakovala. Uvolnění nastalo u klienta vždy až v měsíci květnu. Proč byl pro klienta nebezpečný pouze měsíc duben, zůstalo nevyřešené. Spolu s vnitřním strachem, klienta pronásledovaly ještě perzekuční bludy, které souvisí s představou, že je neustále někým sledován, pozorován. Občas se projevovала depresivní nálada, spojená s obavami z něčeho nepopsatelného, nevysvětlitelného. I tento klient byl velmi nedůvěřivý. Často si stěžoval na chování jiných lidí, úřadů a institucí. Všechno si ověřoval a svou iniciativu jednotlivých aktivit poskytovaných v zařízení promýšlel. Přesto, že byl velmi nedůvěřivý k cizím lidem, náš terapeutický vztah se podařil navázat. Na uvedeného

klienta velmi působilo počasí. Pokud bylo deštivo a pod mrakem, klient dle svého sdělení pociťoval vnitřní neklid. Při hezkém slunečném počasí byl klient vnitřně klidnější a prožíval lepší sebejistotu. U tohoto klienta se mi dařilo rozpoznat vnitřní rozpoložení skrze oči. I když zpočátku tvrdil, že se cítí dobře, poté po vzájemné komunikaci mi sdělil pravou skutečnost. Klient se rád zapojoval do terapie vaření, muzikoterapie a společenských akcí, jako jsou výlety, návštěva kina, divadla, výstav a podobně. Zajímal se o kulturní památky a veškeré kulturní dění. Rád by se vrátil zpět do zaměstnání, ale je si vědom, že mu to jeho nemoc zatím neumožňuje.

10.3 Klient III.

Klient III. je muž mladšího věku, který žil v bludných představách, že ho ovládají démoni a on musí s nimi spolupracovat. Byl přesvědčen, že mu vzali část mozku i tělo. Žil v ideji převtělování, ovládání člověka na dálku a věřil čarodějnickým schopnostem. Klientovo myšlení bylo velmi rozpolcené. Jeho představy i chování se neslučovaly s realitou. Klient měl velké výkyvy nálad, emoční rozlady, jeho chování bylo nevyzpytatelné. Dříve se potácel v drogové závislosti. Klient vyžadoval posluchače, kterým s nadšením vyprávěl o svém světě, který byl silně ovlivněn bludy. Neznámého posluchače dokázal svým vyprávěním natolik zaujmout, že i zdravý člověk začal být dezorientovaný v realitě. V období remise byl velmi společenský. Rád se účastnil společných výletů. Trpěl mánií nakupování a to i věcí nepotřebných. Rád maloval, ve svých malířských schopnostech a projevech bylo zřetelné jeho schizofrenní onemocnění. S jeho onemocněním byla spojena i představa, že on sám je žena. Rád preferoval své nalakované nehty a namalované oči. Navazoval osobní vztah s mužem i se ženou. S klientem jsem vycházela velmi dobře, i když jeho chování a komunikace bylo mnohdy mimo rámec etikety slušného chování. Protože jsem byla seznámena se všemi jeho projevy onemocnění, snažila jsem se vždy reagovat v dané situaci tím nejvhodnějším způsobem.

10.4 Klient IV.

Klient IV. Je muž mladšího věku. Trpěl strachem z lidí, z neznámého okolí. Byl samotářský, doma se zavíral ve sklepě. Ztrácel motivaci k veškeré činnosti, trpěl depresivní náladou, nesoustředěností, vztahovačností, únavou a neklidem. Klient byl přesvědčen v hypochondrickém bludu, že trpí zákeřnou nemocí. Ze zařízení odcházel nepravidelně z důvodu únavy. Byl velmi plachý a převážně zoufalý. Hodně kouřil. Tento klient vyžadoval individuální přístup. Velkým úspěchem pro tohoto klienta bylo, že dokázal překonat svůj vnitřní strach z veřejnosti a začal jezdit do zařízení sám. Jelikož byl zaměřený na sport, nejvíce jsme si rozuměli při sportovní terapii. U ručních prací dlouho nevydržel. Na klienta negativně působil jakýkoliv hluk. V zařízení se respektovalo, že v jeho přítomnosti bylo rádio vypnuto, neprobíhala muzikoterapie s doprovodem hudebních nástrojů. Projevy schizofrenního onemocnění u uvedeného klienta byly náhlé, často spojené se změnou nálad.

10.5 Klient V.

Klient V. je žena středního věku, která trpěla depresivní náladou, únavou a úzkostí. Byla často plačtivá. Její chování a reakce byly velmi vznětlivé. Neměla motivaci žít. Měla sklony k sebepoškozování. Proto bylo potřeba, aby byla pod neustálým dohledem. Reagovala agresivním způsobem na odhalený krk jiné osoby. Měla tendenci škrcení. Do programů CDSJ se však snažila zapojovat. Ráda jezdila na společné výlety. Při pracovní terapii byla velmi zručná, i když byla vnitřně přesvědčena o své neschopnosti. Uměla šít, háčkovat, plést, vyšívát. Vykazovala výborné výsledky při sportovní terapii. Doma, pokud ji to zdraví umožnilo, se občas věnovala pečení cukroví. Svými chutnými výrobky dokázala navodit v zařízení příjemnou atmosféru. Náš vztah byl založen na důvěře. Proto se mi zřejmě podařilo u ní častokrát vstoupit do jejího světa a odvrátit případné nebezpečí, které hrozilo nejen jí, ale v danou chvíli i dostupnému okolí.

10.6 Klient VI.

Klient VI. je opět žena, avšak mladšího věku. Z důvodu svého onemocnění byla nucena ukončit studium na vysoké škole. Bylo pro ni velmi obtížné se s touto skutečností vyrovnat. Její nemoc se projevovala úzkostí, emočními rozlady, neklidem. Chyběla ji motivace jak pro činnosti v CDSJ, tak i v běžném životě. Její rozpolcenost osoby se projevovala v její nestálosti názorů i v chování. Klientka ztratila zájem o svůj zevnějšek. Její styl se značně lišil od normálu. Její projevy komunikace byly vytržené z kontextu. Nedávaly smysl. Do zařízení docházela jen zřídka, dle jejích slov se nejlépe cítí sama doma. Vzhledem k její docházce nebylo možno více sledovat její projevy onemocnění, ani navázání terapeutického vztahu.

10.7 Klient VII.

Klient VII. je muž staršího věku. V minulosti trpěl závislostí na automatech. Byl samotářský, uzavřený, komunikoval pouze minimálně. Jeho vnitřní svět tvořily pseudomegalomaničké bludy. Měl hrůzu ze své nesmrtelnosti, s panickým přesvědčením, že jeho utrpení nebude mít nikdy konce. Do zařízení docházel pravidelně. Byl velmi spolehlivý. Rád se učil novým věcem. Oblíbil si práci na počítači, kde se snažil objevovat nové informace. Zde bylo zapotřebí průběžně kontrolovat obsah prohlížení webových stránek, neboť při negativních informacích se u klienta projevovaly stresové chvíle, které byly doprovázeny zvýšeným třesem rukou. Protože žil sám a nedokázal se o sebe postarat, co se týká přípravy jídla, velmi uvítal terapii vaření. Byl vděčný za každé teplé jídlo, poněvadž jeho jídelníček tvořila pouze rychlá studená kuchyně. V zařízení se aktivně zapojoval i do sportovní terapie, která ho vnitřně uspokojovala. Jeho velkým pozitivním úspěchem po dlouhé době bylo zlepšení komunikace a dokonce i smích, kterého dříve nebyl schopen. Rád se staral o akvárium s rybičkami. Sděloval mi, že rybičky mu přinášejí vnitřní klid. Zajímal se o otázky víry a náboženství. Vzhledem k tomu, že pracuji i jako učitelka náboženství, měla jsem možnost využít vědomosti z této oblasti a klientovi tímto i zodpovědět jeho případné dotazy. S klientem se mi podařilo navázat výborný terapeutický vztah, při kterém se mi

svěřil i s osobními problémy, o kterých nechtěl s nikým mluvit. Svou víru i žil a zúčastňoval se slavnostních bohoslužeb. Dle jeho slov mu víra přináší útěchu a klid.

10.8 Klient VIII.

Klient VIII. je muž středního věku. Byl klidné, uzavřené povahy. O svých problémech odmítal mluvit. Své onemocnění si uvědomoval a za svou nemoc se styděl. Do zařízení docházel jen občasně. Hlavním důvodem návštěvy zařízení byla možnost práce s keramickou hlínou. Byl velmi zručný řezbář a svou zručnost dokázal velmi dobře využít i s hlínou. Při této činnosti se dokázal odpoutat od svých negativních myšlenek a postupem času více komunikoval. O ostatní terapeutické činnosti klient nejevila zájem. Zajímal se o kulturní dění a náboženství. Avšak kulturních akcí se nezúčastňoval. Co se týká otázek náboženství, měla jsem možnost využít, stejně jako u předchozího klienta vědomosti a praktické zkušenosti z výuky dětí v hodinách náboženství. Klient zřejmě získával tímto ke mně důvěru, která postupně vytvářela přátelský terapeutický vztah.

10.9 Klient IX.

Klient IX. byla mladá slečna, která byla diagnostikována pro psychické onemocnění s kombinací s lehkou mentální retardací. Bydlela sama, avšak neměla vytvořené téměř žádné sociální návyky. Neuměla dodržovat osobní hygienu, vařit ani postarat se o domácnost. Klientka docházela do zařízení pravidelně. Zúčastňovala se všech terapií. Ráda zpívala a malovala. Vzhledem k jejímu přidruženému onemocnění nebyla schopna se zapojovat do některých částí terapií, které byly určeny klientům se schizofrenním onemocněním -vědomostním testům a podobně. Byla však způsobilá k jiným činnostem, zejména manuálním. Mezi její projevy spojené s psychickým onemocněním byly převážně depresivní stavy a obavy z neurčitých věcí. Pro tuto klientku se vytvořil individuální plán, jehož součástí byla i občasná terénní služba. Ta zahrnovala vyřizování úředních záležitostí a pomoc v domácnosti. Vzhledem

k nedostačující schopnosti vést vlastní domácnost, bylo této klientce poskytnuto chráněné bydlení, kde je o klientku velmi dobře postaráno. Komunikační zábrany klientka neměla, tudíž terapeutický vztah byl velmi dobrý.

11 Obecná doporučení

Jak pomoci rodičům, kteří se dozvědí, že jejich dítě onemocnělo schizofrenií? V takové chvíli je těžké něco radit. Ten první šok je skutečně hrozný a nával beznaděje zpočátku snad zaplaví každého rodiče, který se dozví o jakémkoli postižení svého dítěte. Tomu se asi nevyhne nikdo. Řekla bych ale, že se člověk musí nějakým způsobem probrat. Postižení dítěte nebo i rodinného příslušníka není věc, se kterou se smíříte, ale musíte se jí přizpůsobit a naučit se s ní žít. A hlavně nemá smysl říkat si, co by bylo, kdyby ...

A jak se chovat k lidem nemocným schizofrenií? Pomáhat jim, umožnit jim co největší samostatnost a hlavně nelitovat. Nejhorší je dívat se na ně jako na chudáky. I postižení patří do života, je třeba brát ho jako jeho součást. Vytvořit nějaký „model“, jak se chovat, to asi nejde. Každé postižení je jiné, a hlavně každý člověk je jiný, ale nikdo by neměl zapomínat na to, že zdravý nemusí být věčně. Nejdůležitější je vědět, že život nekončí, i když cesty budou třeba jiné, než byly představy a plány. Každý svůj život nějak žije a člověk s postižením může žít bohatší život a být na světě šťastnější než někdo, kdo žádné zdravotní problémy nemá.

V závěru bych se chtěla ještě zmínit o skutečnosti, se kterou jsem se setkala společně se svým synem.

Pokud rodiče zjistí u dítěte nebo u jiného rodinného příslušníka nějakou zdravotní odchylku, o které nebyli informováni oproti běžné normě, ať se nenechají odradit někdy neopodstatněnými závěry některých vyšetření a obracejí se na další konzultace pomocných center. Dříve se o činnosti těchto pomocných center ani nevědělo, poněvadž byla nedostatečná propagace. Nyní však jsou možnosti získávání informací obrovské prostřednictvím médií – tisk, rozhlas, televize a nemalou měrou přispívá internet.

Závěr

Výrazným podnětem pro tuto diplomovou práci se staly moje vlastní zkušenosti s lidmi – přáteli se schizofrenním onemocněním. Na základě těchto zkušeností bylo hlavní motivací a cílem nejenom seznámit čtenáře s teoretickými a praktickými poznatky, ale i najít možnost většího zkvalitňování poskytovaných služeb pro klienty s psychickým onemocněním, stabilizovat jejich zdravotní stav a minimalizovat tak projevy schizofrenního onemocnění. Jistě by bylo velkým přínosem zřízení dalších center, stacionářů a terapeutických dílen nabízející již zmiňované služby, které by byly ku prospěchu nejen pro nemocné, jejich rodinné příslušníky, ale i pro širokou veřejnost.

...Nehledejme stigmata u lidí duševně nemocných. Nemají je vepsána v obličejí nebo v jiných částech těla, ale mají je ukryta hluboko ve svých duších. Zkusme jim pomoci tak, že je nebudeme přehlížet, ale budeme je akceptovat i s jejich odlišnostmi.

Každý psychický projev, každé duševní hnutí může být za určitých okolností příznakem schizofrenie nebo může být nemocí změněno: radost, žal, hněv, nenávisť, náklonnost, strach, úzkost, smutek, hrůza, lhostejnost, apatie, nepřátelství, soucit, lítost. Tyto projevy mohou být výrazně zesíleny nebo deformovány. Radost a štěstí může být extatické, smutek zdrcující, úzkost propastná a ničivá. Lhostejnost tak umrtvující, že otevírá bránu nicotě. Přesvědčení a víra v něco se může proměnit v blud. Nutkavé myšlenky, kterých se člověk nemůže zbavit a bojuje proti nim, mohou ovládnout psychiku a člověk místo, aby proti nim bojoval, jim podlehne a bojuje za ně. Představa se stupňuje v iluzi a iluze přerůstá v halucinaci.

V životě přijdou chvíle, kdy se náš život může sesypat jako domeček z karet. Ztrácíme své drahé, své lásky, umírají nám ti, kterým jsme nejvíce věřili. První myšlenka je nebýt, nevidět, neslyšet, možná až sebevražda. Nevíme, o co se opřít, komu ještě věřit. Ale kdo má v srdci nějakou víru, ať v Boha, dobro, spravedlnost ... může zvítězit.

Neztrácej naději

Petr Kreizi

*Nemocný není bezmocný,
když vesele se na svět dívá,
nehodí-li jak ponocný
a v koupelně si zpívá.*

*Člověk musí nemocen být,
aby mu slunce vysvitlo
a on se mohl uzdravit
a štěstí – muška zase přilítlo.*

*V nemoci člověk najde sebe,
jaký se uvnitř nachází,
po bouřce přijde modré nebe,
nemoc ať po horách se prochází.*

*Psychóza přijde nečekaně
a jde Ti rovnou po krku,
co sladké bylo, teď chutná slaně,
nemoc nedbá Tvého úprku.*

*Člověk neví, která tluče,
je zcela bezmocen,
šeptá „nechci býti mučen“
Pane, buď mi nápomocen.*

Zdroj: Ostrůvky pozitivní deviace. *Esprit – časopis (nejen) pro duševní zdraví*, 2008, č. 9-10, s. 20.

Místo závěru

„Poněvadž nám není dopřáno dlouho žít, zanechejme něco po sobě jako svědectví, že jsme žili ...“

Plinius

*Bože, dej mi pokojné srdce, abych přijímal to, co změnit nemohu,
odvahu k tomu, abych změnil to, co změnit mohu,
a moudrost, abych tyto věci mohl rozeznat.*

z knihy O radostech lidské duše

Seznam použitých zdrojů

- BLOG. *Blog.aktuálně*. [online]. Martin Jarolímek. [cit. 2012-02-14]. Dostupné na: <http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php>.
- *Cesty z labyrintu duševní nemoci*, Česká asociace pro psychicky nemocné, příručka k projektu z programu Transition Facility Evropské Unie, 2007, s. 4 -5.
- ČEŠKOVÁ, E. *Psychiatrie pro praxi*, 2008 (1). ISSN 1213-0508, ročník 9, s. 40.
- ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN-13: 978-80-7345-114-1.
- Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov. [online]. Psychotické a neurotické poruchy. [cit. 2011-11-12]. Dostupné na: <http://www.ondrejov.cz/>.
- DOBIÁŠ, J. a kol., *Psychiatrie*. Praha: Avicenum, 1984. ISBN neuvedeno.
- DRAGOMÍRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100*. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN: 80-85121-82-4.
- EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. Jinočany: H H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- FOKUS. *Ochrana práv duševně nemocných v České republice z perspektivy Světové zdravotnické organizace*. [online]. Stanoviska a výzvy. [cit. 2012-01-24]. Dostupné na: <http://www.fokus-cr.cz/index.php/component/phocadownload/category/14-stanoviska>.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Praha – Havířov: Harok, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
- HELL, D.; FISCHER – FELTEN, M. *Schizofrenie – základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: Novartis, 1997. ISBN 80-967277-2-9.
- HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.

- JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-073-87.
- JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006. ISBN neuvedeno.
- Kolektiv autorů a konzultantů Nakladatelství Plot. *Kapesní slovník cizích slov*. Praha: Plot, 2006. ISBN 978-80-86523-00-2.
- KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. Praha: Makropulos, 1995. ISBN 80-901776-1-1.
- KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*. Praha: Avicenum, 1970. ISBN 08-079-70.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej – naslouchám*. Praha: Návrat, 1993. ISBN 80-85495-18-X.
- KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- LEONARDO. *Nový genetický klíč ke schizofrenii*. [online]. Člověk [cit. 2011-07-26]. Dostupné na: http://www.rozhlas.cz/leonardo/clovek/_zprava/novy-geneticky-klic-ke-schizofrenii--921416.
- LESNÝ, I., ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-04-22922-0.
- MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- MUZIKOTERAPIE. [online]. PaedDr. Lubomír Holzer. [cit. 2012-02-14]. Dostupné na: <http://muzikoterapie.net/>.
- Ostrůvky pozitivní deviace. *Esprit – časopis (nejen) pro duševní zdraví*, 2008, č. 9-10, s. 20.
- PĚČ, O.; KOBLIC, K. *Asociace denních stacionářů a center*. [online]. O denních stacionářích. [cit. 2011-09-11]. Dostupné na: <http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>.
- *Politika péče o duševní zdraví v ČR*. [online]. Deklarace lidských práv a duševního zdraví. [cit. 2009-02-14]. Dostupné na: http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf.
- PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

- PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. Praha: Janssen-Cilag, 1998. ISBN neuvedeno.
- PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1.
- PRÁVNÍ RÁDCE. *Průručka pro všechny, kteří se setkávají s duševní nemocí*, 2008. Česká asociace pro psychické zdraví, s. 5, druhé vydání.
- *Psychiatrické centrum Praha*. [online]. Věda a výzkum v PCP. [cit. 2012-01-16]. Dostupné na: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/default.htm>.
- *Psychiatrická léčebna v Kroměříži*. [online]. PL v Kroměříži. [cit. 2012-02-14]. Dostupné na: <http://www.plkm.cz/cs/uvod>.
- RICHTEROVÁ, L. *Psychopatologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1969. ISBN 90-00-06.
- SESTRA. *Schizofrenie, projevy a ošetrovatelské postupy*. [online]. Oborové speciály. [cit. 2007-04-05]. Dostupné na: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=295936>.
- STOPSTIGMA. *Schizofrenní poruchy*. [online]. Osobní příběhy. [cit. 2012-01-16]. Dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/4_1_vbritanie.html.
- SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- VINAŘ, O. *Schizofrenní onemocnění*. Praha: Lundbeck v nakladatelství Galén, 1997. ISBN neuvedeno. (Neprodejná účelová publikace podpořená nadací Lundbeck.)
- VYMĚTAL, J. *Psychoterapie – Pomoc psychologickými prostředky*. Praha: Horizont, 1989. ISBN 80-7012-004-5.
- WIKIPEDIE. *Schizofrenie*. [online]. Článek Schizofrenie. [cit. 2012-01-16]. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie>.
- *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*. [online]. Průručka pro pracovníky sociálních služeb a odborníky, Praha 2011. Dostupné na: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>.

- ZPRÁVY Z ČAPZ, *Esprit – časopis (nejen) pro duševní zdraví*, 2008. č. 5-6, s. 2.

Seznam zkratk

- ACHO - Arcidiecézní charita Olomouc
- ADSKC - Asociace denních stacionářů a krizových center
- CDSJ - Centrum denních služeb Jarošov
- ČAPZ - Česká asociace pro psychické zdraví
- DPS - Denní psychoterapeutické sanatorium
- MZČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- PCP - Psychiatrické centrum Praha
- PSP - Průběžný stacionární program
- SZO - Světová zdravotnická organizace
- WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam příloh

- Příloha I. Kartička první pomoci, s. 1.
- Příloha II. Kartička první pomoci, s. 2.
- Příloha III. Fokus Praha - Propagační materiál, s. 1
- Příloha IV. Fokus Praha - Propagační materiál, s. 2
- Příloha V. Fokus Praha - Propagační materiál, s. 3
- Příloha VI. Fokus Praha - Propagační materiál, s. 4
- Příloha VII. Fokus Praha - Informační leták
- Příloha VIII. MUDr. Martin Jarolímek
- Příloha IX. Terapeutická komunita Mýto – Propagační materiál
- Příloha X. Horizont Zlín – Výrobky klientů z pracovní terapie v šicí dílně
- Příloha XI. Horizont Zlín – Výrobky klientů s arteterapeutickými prvky
- Příloha XII. Horizont Zlín – Výrobek klientů s použitím keramické hlíny
- Příloha XIII. Horizont Zlín – Výrobek klientů s použitím voskové techniky
- Příloha XIV. Horizont Zlín – Výrobek klientů s použitím vizovického pečiva
- Příloha XV. Horizont Zlín – Výrobek klientů s použitím přírodního materiálu
- Příloha XVI. Kotva Strážnice – Propagační materiál, s. 1
- Příloha XVII. Kotva Strážnice – Propagační materiál, s. 2
- Příloha XVIII. Kotva Strážnice – Pracovní terapie na tkalcovském stavu
- Příloha XIX. Kotva Strážnice – Pracovní terapie s dřevem
- Příloha XX. Kotva Strážnice – Terapie vaření
- Příloha XXI. CDSJ – Formulář o zdravotním stavu klienta
- Příloha XXII. CDSJ – Formulář sociální anamnézy klienta
- Příloha XXIII. CDSJ – Formulář individuálního plánu klienta, s. 1
- Příloha XXIV. CDSJ – Terapie vaření
- Příloha XXV. CDSJ – Dotazník WHOQOL-BREF, s. 1
- Příloha XXVI. CDSJ – Dotazník WHOQOL-BREF, s. 2

- Příloha XXVII. CDSJ – Malba klienta
- Příloha XXVIII. CDSJ – Výrobky klientů s použitím různých materiálů
- Příloha XXIX. CDSJ – Výrobky klientů s použitím různých technik
- Příloha XXX. CDSJ – Výrobky klientů s použitím techniky malování na sklo
- Příloha XXXI. CDSJ – Výrobky klientů s použitím přírodních materiálů
- Příloha XXXII. CDSJ – Výrobek klientů šicí technikou
- Příloha XXXIII. CDSJ – Terapeutická činnost s keramickou hlinou
- Příloha XXXIV. CDSJ – Výrobky klientů z keramické hlíny
- Příloha XXXV. PaedDr. Lubomír Holzer
- Příloha XXXVI. Preduka – propagační materiál, s. 1
- Příloha XXXVII. Preduka – propagační materiál, s. 2
- Příloha XXXVIII. Psychiatrická léčebna Kroměříž

Přílohy

Příloha I. Kartička první pomoci, s. 1

KARTIČKA PRVNÍ POMOCI

Jak se zachovat, když cítím varovné příznaky?

Nebudu nic řešit ani zmatkovat - sednu si, vydechnu, zkusím se uklidnit.

Nezůstanu v tom sám - zavolám člověku, kterému důvěřuji:

jméno:

telefonní číslo:

Rodině to sdělím, ale pokusím se ji nevyděsit.

Neprodleně vyhledám svého psychiatra, proberu to s ním.

Pravidelně podle doporučení si vezmu léky.

Vyhnu se vnějšímu stresu.

Nepřeruším pravidelné činnosti, ale oprostím se od starostí.

Zacvičím si jednoduchou relaxaci.

Můj ošetřující lékař:

jméno:

telefonní číslo:

Nejbližší krizové centrum:

název zařízení:


telefonní číslo:

Moje medikace:

Název léku	Velikost dávky v tabletech	Počet tablet, které užívám			
		ráno	v poledne	večer	na noc

FOKUS PRAHA

Sdružení pro péči o duševně nemocné



Fokus Praha se snaží pomoci překonat důsledky duševního onemocnění či jeho návratu. Proto poskytuje duševně nemocným možnosti pracovní a sociální rehabilitace ve svých zařízeních. Velký podíl činí pracovní rehabilitace v chráněných dílnách. Duševně nemocní zde při své rehabilitaci vyrábějí předměty, jež bychom Vám prostřednictvím tohoto katalogu rádi nabídli. Tyto výrobky jsou vyráběny většinou ručně, případně s pomocí menších strojů, a jsou vyráběny převážně v menších sériích. Z výnosů z prodeje výrobků se hradí náklady na pracovní rehabilitaci našich klientů v chráněných dílnách. Pokud zakoupíte některé z naší nabízených výrobků - podpoříte šance duševně nemocných na terapii a rehabilitaci. Po dohodě je možné pro naše dílny zadat i zakázku jiných výrobků či výrobních programů.



Výtvarná dílna Spořilov

Adresa: Praha 4 - Spořilov, Roztylské nám. 2772
tel. : 02/ 769 115



Ceny:	malé knoflíky (serie)	á 5 Kč
	velký knoflík	á 20 Kč
	miska malá	15 Kč
	miska větší	20,-Kč
	maska	25 Kč
	malý květináč	15 Kč
	svíčky malé	15 Kč
	svíčky velké	á 4 Kč

Ve výtvarné dílně se vyrábí drobná užitá keramika - keramické knoflíky, šachy, korále, přívěšky. Dále pak papíroví draci, různé drobné výrobky ze dřeva a textilu. Na návrzích spolupracujeme i s profesionálními výtvarníky.

Kromě keramiky dílna nabízí ručně namáčené svíčky různých barev a velikostí od dortových až po běžné velikosti.



Truhlářská dílna

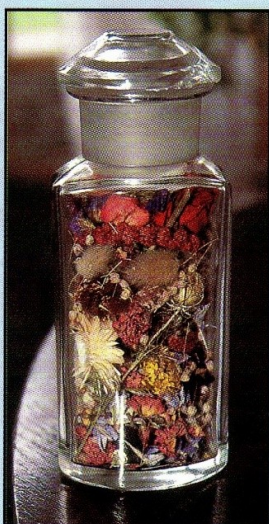
V truhlářské dílně se vyrábějí především drobné dřevěné hračky, například »puzzle birds«. Některé návrhy hraček pocházejí i od našich klientů.

Ceny : pelikán, tučňák, volavka 75 Kč
ledňáček, straka 67 Kč
pěnkava, červenka 59 Kč

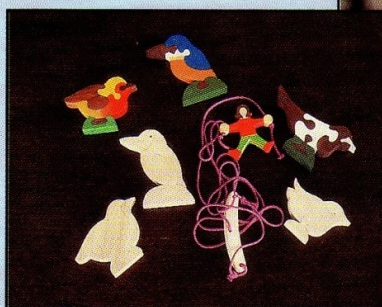
V současné době je dílna v náhradních prostorách, v případě Vašeho zájmu použijte spojení na Centrum sdružení Fokus Praha.



Zahradnická dílna Troja



Adresa: Praha 7 - Troja,
Trojská 152
tel.: 855 1953 (vedoucí)
855 3303, 855 0951

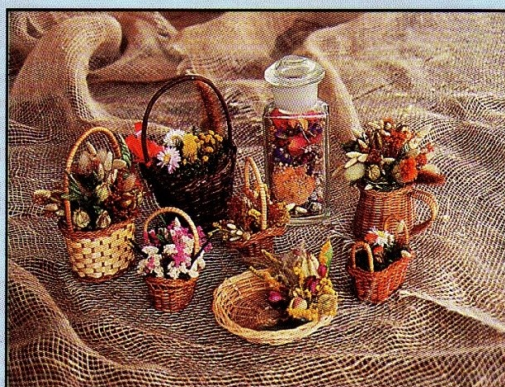


Ceny: nástěnná aranžmá (kola, věnce, obrazy, závěsy)
obrazy
menší dekorace na stoly

130 až 250 Kč
500 až 1 000 Kč
40 až 80 Kč

Mimo zahradnických prací pro Pražskou botanickou zahradu a Trojský zámek se v této dílně vyrábějí dekorativní předměty s využitím suchých květin nejružnějšího sortimentu.

Tyto předměty jsou vhodné především pro dekoraci restaurací, hotelových recepcí a hal, prodejen, kanceláří.



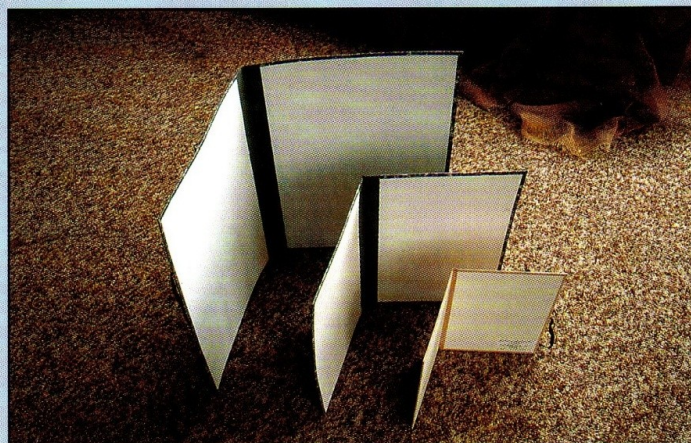
Krejčovská dílna Dejvice

Adresa: Praha 6 - Dejvice, U zeměpisného ústavu 3
tel.: 3115 000

V krejčovské dílně se šijí především pracovní oděvy, pánské prádlo, čepice, doplňky do kuchyně (ubrusy, utěrky, chňapky), opravy oděvů a prádla, příležitostně dětské oblečení.

V současné době zde připravujeme výrobu drobných kožených doplňků. Na zakázku je zde možné přijmout i šití jiných textilních výrobků.

Ceny :	polštář	120 Kč
	zástěra pruhovaná	80 Kč
	zástěra kytičková	120 Kč
	trenýrky	45 Kč
	chňapky	20 Kč



Knihářská dílna Ondřejov

Adresa:
Praha 4 - Podolí,
Nad Ondřejovem 36
tel.: 438 785

Knihářská dílna je specializovaná na výrobu poloplátěných desek formátů A1, A2, A3. Výrobky dílny jsou vítány především výtvarníky, návrháři, designery.

Ceny :	A1	140 Kč
	A2	100 Kč
	A3	30 Kč

Fokus Praha

Sdružení pro péči o duševně nemocné

Adresa: 180 00 Praha 8 - Bohnice, Dolákova 24
tel.: 855 1953, 855 33 03 fax: 855 12 05
Bank. spojení: KB Praha Nonet 16136-201/0100

Fokus Praha

je občanské sdružení, neziskového humanitárního charakteru. Finanční prostředky získává z dotací, grantů a ze sponorských darů. Základním cílem sdružení Fokus Praha je umožnit lidem s psychickými potížemi pracovní a sociální rehabilitaci, poskytnout jim příležitost k nalezení ztracené sebeúvěry a vrátit jim rovnoprávné postavení ve společnosti a pocit vlastního životního smyslu. K naplnění tohoto cíle buduje Fokus Praha terapeutická a rehabilitační zařízení:

Chráněné dílny

jsou pracovní dílny, kde nemocní pracují v tzv. chráněných podmínkách, tzn. s menším tlakem na pracovní výkon a za pomoci pracovních terapeutů. Cílem pracovní rehabilitace v chráněných dílnách je pomoci nemocným - klientům obnovit nebo znovuvytvořit pracovní dovednosti a návyky poškozené nemocí, případně jim poskytnout možnost rekvalifikace.

Zahradnická dílna - Praha 7 - Troja, Nádvoří ul.

Truhlářská dílna - (v současné době v náhradních prostorách) - kontakt na Rehabilitační a organizační centrum

Knihářská dílna - Praha 4, Nad Ondřejovem 36, tel.: 02/ 43 87 85

Výtvarná dílna - Praha 4 - Spořilov, Roztylské nám. 2772, tel.: 02/769 115

Krejčovská dílna - Praha 6 - Dejvice, U zeměpisného ústavu 3, tel.: 02/3115 000

Kuchyň s letním bistroem - Praha 8 - Bohnice, Dolákova 24, tel.: 02/ 855 33 03

Denní sanatorium

propojuje medicínskou a sociorehabilitační péči, která se uskutečňuje v mimonemocničních podmínkách. Jeho programy se zaměřují především na preventivní péči. Nabízí různé druhy individuální i skupinové psychoterapie, arteterapie, tréninkové programy a programy pro rodinné příslušníky klientů.

Denní sanatorium - Praha 8 - Bohnice, Dolákova 24, tel.: 855 04 26

Socioterapeutické centrum

je denní klub pro lidi s psychickými potížemi, kteří zde mohou nalézt nové citové a společenské zázemí. Hlavní funkcí centra je umožnit klientům aktivní trávení volného času a rozvíjet potom jejich základní sociální dovednosti a schopnosti sociálního soužití.

Socioterapeutické centrum U Libuše - Praha 2, Libušina 5, tel.: 02/296 047.

Chráněná bydlení

slouží k tréninku základních sociálních dovedností a sebeobsluhy.

V současné době provozuje Sdružení 1 komunitní dům pro 8 klientů a 2 chráněné byty pro 2 klienty.

Preventivní působení

je součástí činnosti Sdružení – především formou propagačních kulturně osvětových akcí. Již tradičními akcemi jsou například každoroční Týden pro duševní zdraví a Cesta kolem Světa v Třeboni.

Co potřebujeme:

Sdružení FOKUS PRAHA uvítá jakoukoliv pomoc:

- ◆ při zaměstnávání klientů v nechráněných podmínkách
- ◆ při hledání vhodných výrobních programů pro chráněné dílny
- ◆ při odbytu výrobků chráněných dílen
- ◆ věcné dary, zejména vybavení jednotlivých rehabilitačních zařízení
- ◆ finanční příspěvky v jakékoli výši
- ◆ osobní dobrovolnou pomoc a spolupráci



Rehabilitační a organizační centrum - Dolákova 24/536,181 00 Praha 8 - Bohnice, fax: 02/855 12 05, tel.: 02/855 33 03, 02/855 09 51

Bankovní spojení: Komerční banka, pobočka Nonet / Praha 9, číslo účtu 16136-201/0100

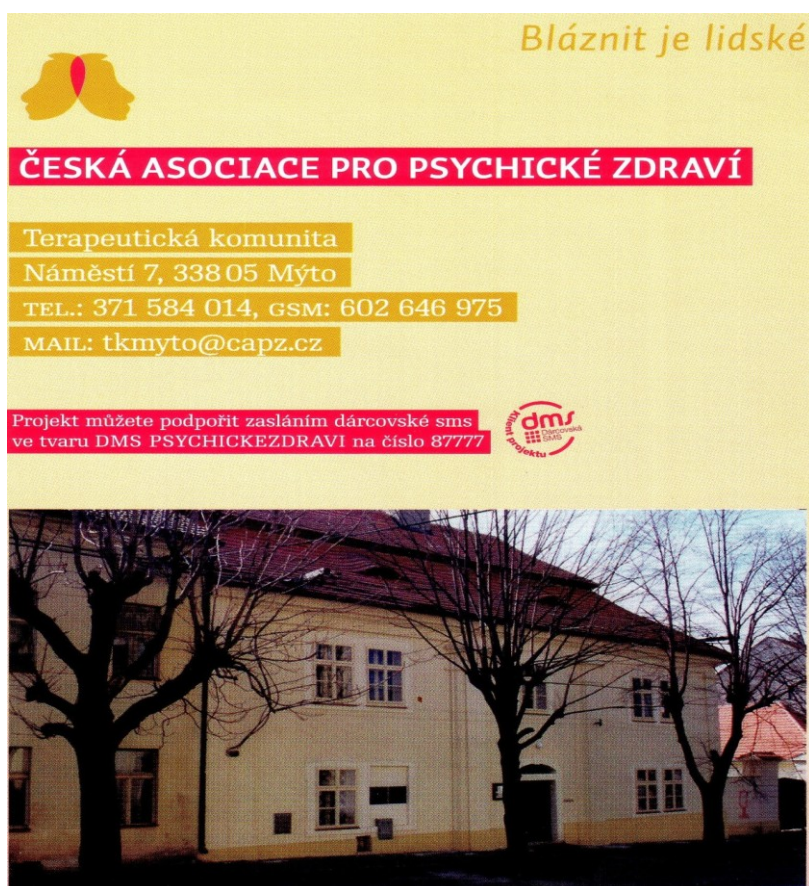
Příloha VIII. MUDr. Martin Jarolímek



Psychiatr MUDr. Martin Jarolímek se narodil v roce 1955 v Praze. Vystudoval medicínu na 1. LF UK, je zakladatel a hlavní lékař Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov, kde se věnuje především léčbě schizofrenie. Hájí zájmy duševně nemocných a jejich rodin. Je zakladatelem a prezidentem České asociace pro psychické zdraví. Stál u zrodu dalších patientských a rodičovských organizací (Sympathea, Fokus, Green Doors, Baobab) a iniciativ k transformaci systému psychiatrické péče v ČR.

Zdroj: <http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php>.

Příloha IX. Terapeutická komunita Mýto – Propagační materiál



Bláznit je lidské

ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

Terapeutická komunita
Náměstí 7, 338 05 Mýto
TEL.: 371 584 014, GSM: 602 646 975
MAIL: tkmyto@capz.cz

Projekt můžete podpořit zasláním dárcovské sms ve tvaru DMS PSYCHICKEZDRAVI na číslo 87777

dms

Příloha X. Horizont Zlín – Výrobky klientů z pracovní terapie v šicí dílně



Příloha XI. Horizont Zlín – Výrobky klientů s arteterapeutickými prvky



Příloha XII. Horizont Zlín – Výrobek klientů s použitím keramické hlíny



Příloha XIII. Horizont Zlín – Výrobek klientů s použitím voskové techniky



Příloha XIV. Horizont Zlín – Výrobek klientů s použitím vizovického pečiva



Příloha XV. Horizont Zlín – Výrobek klientů s použitím přírodního materiálu





**SOCIÁLNĚ
TERAPEUTICKÁ
DÍLNA**

Kontakt:
Středisko Ave
Charita Strážnice
Kovářská 396
696 62 Strážnice

**kontaktní osoba: Ludmila Múčková
Jarmila Adamcová**
tel. 518 333 207
e-mail: stredisko.ave@seznam.cz
www.straznice.charita.cz

Česká katolická
charita

O co se snažíme?

Cílem služby je dát duševně nemocným lidem, kteří z důvodu snížené soběstačnosti nemají možnost zařazení na otevřeném ani chráněném trhu práce, možnost zařazení do kolektivu, posílit a rozvíjet jejich pracovní schopnosti a dovednosti prostřednictvím pracovní činnosti. Podporit jejich samostatnost a soběstačnost.



Činnost:

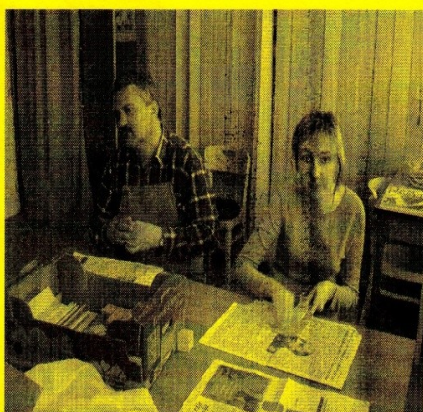
- pomoc při tkání koberců
- plnění polštářů
- pomoc při tvorbě dřevěných hraček (ruční obrušování)
- výroba svíček ze včelího vosku
- výroba přáníček
- výroba obrázků a jiné drobné práce
- nácvik sebeobsluhy (nákup, jednoduché vaření, osvojení si základních hygienických návyků)
- společná forma odpočinku a relaxace – výlety
- přednášky, relaxace při hudbě, četba, apod.

Na pracovišti jsou přítomni asistenti Střediska Ave, sociální pracovníce - koordinátorka, některé dny i psycholog. Společně vytvářejí program každého dne a jsou uživatelům služby k dispozici.

Denní režim :

8.00 hod. – 8.30 hod.	příchod + zahájení dne
8.30 hod. – 8.40 hod.	společná rozcvička
8.40 hod. – 9.45 hod.	pracovní terapie
9.45 hod. – 10.15 hod.	společná svačina
10.15 hod. – 12.00 hod.	pracovní terapie
12.00 hod. – 12.30 hod.	pauza na oběd
12.30 hod. – 15.00 hod.	volnočasový program dle přání či koníčků uživatelů

- čtvrtky jsou vyhrazeny na vaření
- pátky na výlety a foto klub



Základní principy, kterými chceme kvalitu služeb dosahovat:

- *Nácvik dovedností, pracovních návyků a sebeobsluhy*
- *Podpora soběstačnosti a samostatnosti uživatele*
- *Posílení schopnosti života v běžné společnosti*
- *Respektování svobodného rozhodování, vůle a jedinečnosti osoby*

Proč jsme tady?

***POSLÁNÍM NAŠÍ SLUŽBY JE ZAŘAZENÍ
DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH LIDÍ DO
KOLEKTIVU PROSTŘEDNICTVÍM
PRACOVNÍ TERAPIE.***



Pro koho je naše služba?

Služba je poskytována lidem duševně nemocným. Uživatelé docházejí do zařízení sami. Charita Strážnice nabízí dovoz uživatelům, kteří si tuto službu objednají. Služba je určena osobám v produktivním věku od 19 do 64 let.

Naše služba není určena:

Služba není poskytována dětem, mladistvým, seniorům a osobám jejichž chování je nebezpečné (agresivní) sobě a okolí. Služba se neposkytne zájemci pod vlivem alkoholu nebo návykových látek. Nelze poskytnout službu při naplnění kapacity zařízení.

Kapacita terapeutické dílny je t. č. 12 osob



Příloha XVIII. Kotva Strážnice – Pracovní terapie na tkalcovském stavu



Příloha XIX. Kotva Strážnice – Pracovní terapie s dřevem



Příloha XX. Kotva Strážnice – Terapie vaření



Centrum denních služeb Jarošov

Markov 416 , Uh. Hradiště-Jarošov, 686 01, tel: 606 741 808

Vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele o pobyt v CDSJ

Žadatel:	
Narozen:	Rod. č.:
Bydliště:	PSČ:
Evidenční č. obč. průkazu:	
Mám* - Nemám* průkaz TP*, ZTP* (* - nehodící se škrtněte)	
Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):	
Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):	
Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití):	
Diagnóza (česky): a) hlavní	značka dle mezinár. seznamu:
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:	
Poznámky, přílohy, doporučení pro psychosociální rehabilitaci:	
Datum:	Podpis a razítko lékaře:

Příloha XXII. CDSJ – Formulář sociální anamnézy klienta

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Jméno a příjmení uživatele.....

Rodné číslo..... Zdr. Pojišťovna.....

Datum narození.....

Bydliště.....

Telefon.....

S kým žije ve společné domácnosti.....

Stav.....

Jméno a adresa nejbližšího příbuzného.....

Telefon.....

Jméno a adresa ošetřujícího psychiatra.....

Telefon.....

Jméno a adresa ošetřujícího praktického lékaře.....

Telefon.....

Vzdělání

1. základní (dokončeno/nedokončeno)
2. zvláštní škola
3. vyučen
4. vyučen s maturitou
5. středoškolské (dokončeno/nedokončeno)
6. středoškolské s nástavbou (dokončeno/nedokončeno)
7. vysokoškolské (dokončeno/nedokončeno)

Typ důchodu.....

Od kdy je přiznán.....

Zaměstnání – poslední vykonávaná profese.....

Pracovní neschopnost (od kdy, zaměstnavatel).....

.....

Nezaměstnán (důvod).....

Způsobilost k právním úkonům ANO NE

Od kdy zbaven..... Opatrovník.....

Adresa opatrovníka.....

Telefon.....



CENTRUM DENNÍCH SLUŽEB JAROŠOV
MARKOV 416
686 01 UHERSKÉ HRADIŠTĚ

OBLASTNÍ CHARITA UHERSKÉ HRADIŠTĚ, VELEHRADSKA 247, 686 01 UHERSKÉ HRADIŠTĚ

INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ A PRŮBĚH POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB

Jméno uživatele: Jméno zákon. zástupce:
Jméno klíčového pracovníka:
Další účastníci plánování:
Datum:

I. EXPLORACE PROBLÉMU (mapování, vyjasnění a definování problému)

1. Osobní profil uživatele:

Vzdělání a vzdělávání:
Pracovní uplatnění:
Dovednosti a schopnosti:
Zájmy a aktivity:
Hodnoty:
Zdraví:

Příloha XXIV. CDSJ – Terapie vaření



Příloha XXV. CDSJ – Dotazník WHOQOL-BREF, s. 1

MUŽ 56 LET
vč

Příloha D

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3 <input checked="" type="radio"/>	4	5

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	1	2	3 <input checked="" type="radio"/>	4	5

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3 <input checked="" type="radio"/>	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4 <input checked="" type="radio"/>	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2 <input checked="" type="radio"/>	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2 <input checked="" type="radio"/>	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1 <input checked="" type="radio"/>	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3 <input checked="" type="radio"/>	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3 <input checked="" type="radio"/>	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4 <input checked="" type="radio"/>	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1 <input checked="" type="radio"/>	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4 <input checked="" type="radio"/>	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2 <input checked="" type="radio"/>	3	4	5

Příloha XXVI. CDSJ – Dotazník WHOQOL-BREF, s. 2

WHOQOL

MUŽ. 56 LET.

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3 X	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2 X	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1 X	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3 X	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2 X	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3 X	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2 X	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4 X	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3 X	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3 X	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4 X	5

Příloha XXVII. CDSJ – Malba klienta



Příloha XXVIII. CDSJ – Výrobky klientů s použitím různých materiálů



Příloha XXIX. CDSJ – Výrobky klientů s použitím různých technik



Příloha XXX. CDSJ – Výrobky klientů s použitím techniky malování na sklo



Příloha XXXI. CDSJ – Výrobky klientů s použitím přírodních materiálů



Příloha XXXII. CDSJ – Výrobek klientů šicí technikou



Příloha XXXIII. CDSJ – Terapeutická činnost s keramickou hlinou



Příloha XXXIV. CDSJ – Výrobky klientů z keramické hlíny



Příloha XXXV. PaedDr. Lubomír Holzer

PaedDr. **Lubomír Holzer** je muzikoterapeut, speciální pedagog, profesionální umělec, hudebník, zpěvák, herec, skladatel, textař, libretista, odborný garant a lektor muzikoterapie, učitel, organizátor, hybatel a novátor. Vytvořil vlastní hudební styl a muzikoterapeutickou metod. Hledačství Lubomíra Holzera můžeme stručně charakterizovat jako



návrat ke kořenům existence lidstva, v nedělitelném propojení se současností i budoucností. Všechny jeho profese se vzájemně prostupují, doplňují a mezi sebou obohacují - tvoří celistvost - jednotu. Muzikoterapie a hudba jsou pro něj posláním celoživotně, tak jako hudba a umění všeobecně. Toto poslání a úděl, které byli předurčeny jeho mnohými talenty, časem rozvinul v úplný obsah svého života. Svět, člověka v něm, muzikoterapii, umění, učení a veškerou existenci Lubomír Holzer nazírá holisticky a takové je také jeho všeobecné universální vnímání a chápání. Ve výsledku potom vše, co dělá a čím se zabývá. Jeho předností je schopnost překračovat dobová schémata, společenská a kulturní dogmata. Muzikoterapie, hudba, umění, učení a transformace jsou nedílnou součástí jeho života i jeho práce.

PaedDr. Lubomír Holzer je členem realizačního týmu projektu "Expresivní terapeutické metody – cesta ke změně v institucionální výchově". V tomto projektu působí jako odborný garant a lektor modulu muzikoterapie. V rámci projektu se uskuteční Mezinárodní konference expresivních terapií - Společný prostor.

Zdroj: <http://muzikoterapie.net/>.



PREDUKA

PREVENTIVNĚ EDUKAČNÍ
PROGRAM PROTI RELAPSU
PSYCHÓZY

Léčíte se s psychózou?

Potřebujete Vy a Vaši blízcí informace o této nemoci?

Zajímají Vás žádoucí i nežádoucí účinky léků?

Přejete si vědět, proč a jak psychózy vznikají?

Ptáte se, jak můžete sami ovlivnit průběh onemocnění?

Pak je PREDUKA určena právě Vám.

Co je to PREDUKA?

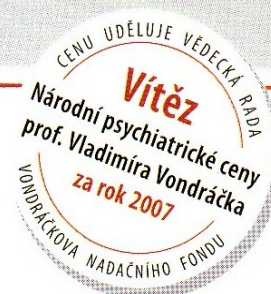
Preduka je jednodenní šestihodinový preventivně-edukační program proti relapsu psychózy.

Komu je PREDUKA určena?

Účastnit se mohou pacienti s psychotickým onemocněním a jejich příbuzní či blízcí.

Jak se PREDUKA provádí?

Program vede dvojice psychiatrů a zdravotní sestra. Pro zajištění názornosti je výklad doprovázený promítáním. Účastníci dostanou zdarma brožuru s informacemi, do níž si mohou psát poznámky.



Témata jsou zpracována ve třech okruzích:

- 1) obecné informace pro pacienty i příbuzné
- 2) informace a rady pro příbuzné
- 3) informace o programu prevence relapsu psychotického onemocnění ITAREPS.

Programu se účastní pacienti i jejich blízcí společně: 5 hodin se probírají obecné informace o psychózách a jejich léčbě, na jednu hodinu se pak pacienti a příbuzní rozdělí; zájemci o ITAREPS se zdrží ještě na 20 minut po ukončení programu.

Jak se na PREDUKU přihlásit?

Napište lektorům a oni se Vám ozvou s nejbližšími termíny:

Pardubice: hubsch1@post.cz

Praha: cermak@pcp.lf3.cuni.cz nebo motlova@pcp.lf3.cuni.cz

Sokolov: martina.tomes@centrum.cz

Kroměříž: s.petrkova@centrum.cz

Účast na programu je bezplatná.

Podrobné informace na adrese:

ELI LILLY, s.r.o.,

Pobřežní 1A, 186 00 Praha 8

tel.: 234 664 111, fax: 234 664 891

e-mail: macak_libor@lilly.com

Lilly **CNS**
Váš partner v

EDU-2008-20/CZ

Příloha XXXVIII. Psychiatrická léčebna Kroměříž



Kroměřížská psychiatrická léčebna vždy dokázala obhájit svou nezastupitelnost v péči o duševně nemocné na Moravě. Svědčí to o její nesmírné vitalitě dané především obětavou prací zaměstnanců a vysokou odbornou úrovní poskytované zdravotní péče. Kroměřížská psychiatrická léčebna se vždy snažila zavádět nejmodernější způsoby léčby a po celou dobu své existence si stále udržovala jedno z předních míst mezi ostatními léčebnami v celé naší republice.

Psychiatrická léčebna Kroměříž prošla během své existence dobami klidnými i bouřlivými. Vždy si však byla vědoma toho, že je třetí největší psychiatrickou léčebnou v České republice. Zavazovalo ji to k tomu, aby se v mezích daných soudobými poznatky a ekonomickou situací snažila zavádět nejmodernější způsoby léčby a ošetřování duševně nemocných a ulehčit jim jejich často neradostný úděl. A pokud se změny v naší společnosti promítly i do historie Psychiatrické léčebny Kroměříž, pak dříve, než učiníme nějaký závěr, vzpomeňme si na výrok jednoho z předních psychiatrů : "...společnost má takovou psychiatrii, jakou si zaslouží..."

Zdroj: <http://www.plkm.cz/cs/uvod>.

Abstrakt

SAHAJOVÁ, L. *Psychopatologické projevy v oblasti psychóz – schizofrenie*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Jan Polivka.

Klíčová slova: psychopatologie, psychiatrie, psychóza, schizofrenie, bludy, halucinace, psychoterapie, relaps, stigma, denní stacionář

Práce se zabývá problematikou života lidí s psychickým onemocněním – schizofrenií a možnostmi, které přispívají ke zlepšení, popřípadě udržení jejich stávajícího zdravotního stavu. Teoretická část zahrnuje charakteristiku psychotického onemocnění, právní ochranu nemocných, možnou léčbu a následnou péči.

Praktická část charakterizuje a porovnává poskytované služby tří zvolených zařízení. Jedná se o Centrum Horizont Zlín, Terapeutickou dílnu Kotva Strážnice a Centrum denních služeb Uherské Hradiště – Jarošov. Dále obsahuje zhodnocení významu jednotlivých terapeutických činností klientů se zaměřením na snížení opakovaných příznaků schizofrenního onemocnění a poukázání na důležitost následné péče a zkvalitňování služeb v zařízeních, která tuto následnou péči lidem se schizofrenním onemocněním poskytují. Velkým přínosem by bylo zřízení dalších center, stacionářů a terapeutických dílen nabízející již zmiňované služby, které by byly ku prospěchu nejen pro nemocné, jejich rodinné příslušníky, ale i pro širokou veřejnost.

Abstract

Psychopathological symptoms of psychosis - schizophrenia

Key words: psychopathology, psychiatry, psychosis, schizophrenia, delusions, hallucinations, psychotherapy, relapse, stigma, day care

The work deals with the lives of people with mental illness - schizophrenia and opportunities that contribute to improving or maintaining their current health status. The theoretical part includes the characteristics of psychotic illness, legal protection of patients, possible treatment and aftercare.

The practical part describes and compares three selected services or facilities. This is the Horizon Zlín, therapeutic workshops Kotva Strážnice and day service center Uherské Hradiště - Jarošov. It also includes assessment of the importance of individual therapeutic activities with clients focusing on the reduction of recurrent symptoms of schizophrenia and pointing out the importance of aftercare services and improving the facilities that this follow-up care for people with schizophrenic disorders are provided. A major benefit would be the establishment of other centers, care centers and therapeutic workshops offering services already mentioned, which would benefit not only for patients, their families, but also for the general public.