



# Efekt programu pracovní rehabilitace u pacientky s chronickým průběhem schizofrenie

**MUDr. Simona Venclíková<sup>1, 2</sup>**

<sup>1</sup>Psychiatrická nemocnice Brno

<sup>2</sup>Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Předkládaná kazuistika prezentuje případ pacientky s chronickým průběhem schizofrenní poruchy, odkázané na invalidní důchod, silně izolované od společnosti. Díky placenému programu pracovní rehabilitace se u pacientky podařilo natolik zrekonstruovat pracovní návyky, že bylo možné ji následně na částečný úvazek zaměstnat na otevřeném trhu práce. Na začátku a konci programu pracovní rehabilitace byly sledovány psychopatologické symptomy poruchy a byla hodnocena subjektivně prožívaná kvalita života.

**Klíčová slova:** schizofrenie, pracovní rehabilitace, zaměstnání, kvalita života.

## The effect of work-based therapy on patient with chronic course of schizophrenia

This case report presents a female patient with chronic schizophrenia who was on disability, living completely isolated from society. This patient participated in a paid program of work – based therapy which resulted in such an improvement of her work habits that she was able to obtain a regular part – time employment. Psychopathological symptoms of this disorder were monitored at the beginning and at the end of the program. The quality of life was evaluated as well.

**Key words:** schizophrenia, work-based therapy, employment, quality of life.

---

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Simona Venclíková, simona.venclikova@mujpsychiatr.cz  
Psychiatrická nemocnice Brno  
Húskova 2, 618 32 Brno

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2017; 18(1e): e14–e18  
Článek přijat redakcí: 15. 7. 2016  
Článek přijat k publikaci: 4. 3. 2017



## Schizofrenie

Schizofrenie je jedním z nejzávažnějších duševních onemocnění. Objevuje se nejčastěji mezi 18. a 30. rokem života a postihuje muže i ženy ve stejné míře (u žen nastupuje onemocnění o něco později). Schizofrenie se projevuje poruchami myšlení, vnímání, jednání, emocí a vůle. Rozlišujeme tzv. pozitivní příznaky nemoci (kam patří halucinace, bludy, dezorganizovaná řeč, bizarní chování) a negativní příznaky (emoční oploštělost, ztráta zájmů, ztráta prožívání radosti, hypobulie, pasivita, celkový útlum činností). Příznaky poruchy nemocného stigmatizují, vedou k omezení sociálních kontaktů, ztrátě zaměstnání, ke zhoršení kvality života. Zhruba v jedné třetině případů se onemocnění chronifikuje. Klinickému obrazu pak dominují hlavně negativní příznaky. Čím více jsou vyjádřeny negativní příznaky, tím více je nemocný invalidizován (1).

## Kvalita života

Všichni lidé touží od pradávna po kvalitním životě. Co se ale pod pojmem kvalita života skrývá? Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“. Nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci. Tato definice je jedním ze základních stavebních kamenů mnoha dalších vymezení pojmu kvalita života.

K hodnocení kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek: objektivního a subjektivního.

- Objektivní kvalita života je založena na materiálním zabezpečení. Objektivními indikátory jsou fakta o sociální situaci jedince, kam spadá například to, zda je či není nemocný zaměstnán, zda má či nemá partnera, zda má či nemá nezávislé bydlení a sociální kontakty. Jde

tedy o souhrn zdravotních, ekonomických a sociálních podmínek, které mají dopad na život jedince (2).

- Subjektivní kvalita života je založena na subjektivním hodnocení jedincem. Subjektivními indikátory jsou pocity a hodnocení nemocným, jeho pohled na jeho sociální situaci (2).

## Kvalita života u schizofrenie

Většina prací na téma kvality života u nemocných se schizofrenií hovoří o její snížené úrovni u takto nemocných ve srovnání se zdravými jedinci. Je velký rozdíl v tom, jak kvalitu života vnímají nemocní se schizofrenií a jak jejich psychiatři. Studii na toto téma realizoval německý autor Angermeyer, který zjistil, že obě skupiny považují za důležité faktory práci, sociální vztahy, rodinu a nezávislost. Nemocní však kvalitu svého života vnímali spíše z pohledu své životní úrovně a životního stylu, zatímco psychiatry zajímala spíše absence postižení či hendikepu (3).

## Nezaměstnanost

Práce je důležitou podmínkou důstojné existence člověka. Přináší mu nejen materiální prospěch, ale dává mu současně pocit seberealizace a společenské užitečnosti (4). Ztráta zaměstnání má na člověka negativní dopady v mnoha rovinách, jednak v rovině psychologické, ale také v rovině sociální a zdravotní. Nezaměstnaný člověk ztrácí pevně ohraničené rozvržení pracovního dne. Rozpadá se mu denní rytmus, vytrácí se z něj aktivity, které byly dříve jeho pevnou součástí. Nezaměstnaný ztrácí ekonomickou jistotu, dochází k finančnímu strádání. Obecně se hovoří o tom, že ztráta zaměstnání je provázána stresem, který (pokud není zvládnut) významně poškozuje fyzické i psychické zdraví.



## Práceschopnost u schizofrenie

Práceschopnost je u nemocných se schizofrenií ovlivněna mnoha faktory. Mezi ty zásadní patří přítomnost a intenzita symptomů onemocnění (pozitivních i negativních) a přítomnost a míra kognitivního deficitu. Téměř 50 % osob s vážnou duševní poruchou se proto uplatňuje na chráněném trhu práce. V případě nemocných se schizofrenií je zaměstnáno pouze 10–20 % nemocných (5). A to i přesto, že je známo, že pravidelné zaměstnání, bez stresu a s jasně vymezenými povinnostmi, je pro nemocné zvládnutelné a prospěšné. Naopak napomáhá nemocnému zůstat mimo nemocnici (6). Nemocní s chronickým průběhem schizofrenie jsou tedy ze sociálního fungování vyřazeni jak psychopatologickými symptomy vlastní nemoci, tak dále i ztrátou zaměstnání. Svoji životní situaci prožívají výrazně negativně, kvalita jejich života je oproti zdravé populaci výrazně snížena.

## Vlastní případ

Paní ZM je žena narozená v roce 1970. Je vyučena švadlenou a v tomto oboru také pracovala. Je vdaná, má dva syny, ale s manželem již mnoho let nežije, právě pro svoji duševní poruchu. Synové jsou svěření do výchovy otci. Od roku 2003 je léčena pro diagnózu Paranooidní schizofrenie. Pro svoji duševní poruchu byla 4krát hospitalizována v různých psychiatrických zařízeních. Rozpadu osobního života předcházela ztráta zaměstnání a odchod do invalidního důchodu. Paní ZM pobývala většinu času doma, neúčastnila se žádného programu, nedocházela do zaměstnání. Této pacientce byla nabídnuta účast v 18měsíčním placeném programu pracovní rehabilitace. Paní ZM byla před nástupem do projektu vysoce nejistá a úzkostná, její sebevědomí bylo velice nízké, sama se spíše sociálně izolovala. Její medikace sestávala z klopazinu, risperidonu, lamotrignu, procykolidinu, citalopramu a klonazepamu. Počáteční

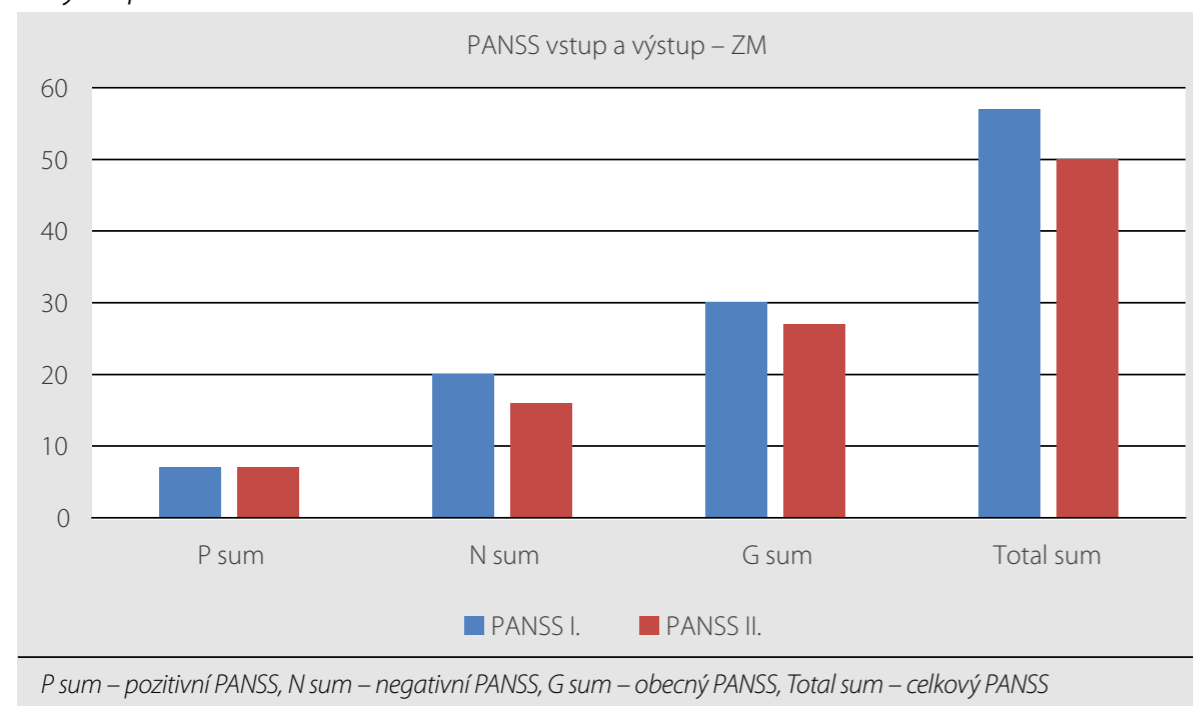
úvazek paní ZM v programu pracovní rehabilitace byl 0,3. Vykonávala úklidové práce a relativně rychle zvládla dodržovat obecné pracovní podmínky, jako čas příchodu do práce, dodržování předepsaných přestávek, komunikace se zaměstnavatelem apod. Zhruba v polovině projektu byl paní ZM pracovní úvazek navýšen na maximální výši, tedy 0,5. Nejenomže paní ZM zvládla toto pracovní nasazení, ale po skončení projektu se jí podařilo na poloviční úvazek zaměstnat na otevřeném trhu práce. Její dlouhodobá medikace nebyla měněna, pouze jí byl 2krát přechodně navyšován klonazepam (jejím ambulantním psychiatrem). Dodnes vykonává úklidové práce ve firmě vyrábějící zdravou stravu.

Přes tento klinický úspěch, kdy paní ZM zůstala v programu pracovní rehabilitace po celých 18 měsících, a přestože se jí následně podařilo zaměstnat na otevřeném trhu práce, v psychopatologickém profilu její poruchy došlo jen k velmi malým změnám. Na začátku a na konci programu byla psychopatologický obraz její poruchy ohodnocen pomocí škály PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale). PANSS je koncipován jako citlivý nástroj, kde je zajištěno vyvážené zastoupení pozitivních a negativních příznaků, je možno měřit jejich vztah k sobě i k celkovému psychopatologickému obrazu nemoci. Škála hodnotí 7 domén pozitivních příznaků, 7 domén negativních příznaků a 16 domén obecných příznaků. Pro pozitivní PANSS je rozmezí 7–49, pro negativní PANSS 7–49, a pro obecný PANSS 16–112.

V grafu 1 je u paní ZM patrný trend mírného zlepšení v negativním, obecném a celkovém PANSS, ale rozdíly v jednotlivých doménách jsou relativně malé. V negativní části PANSS je pokles o 4, v obecné části je pokles o 3, což v součtu celkového PANSS činí pokles o 7.

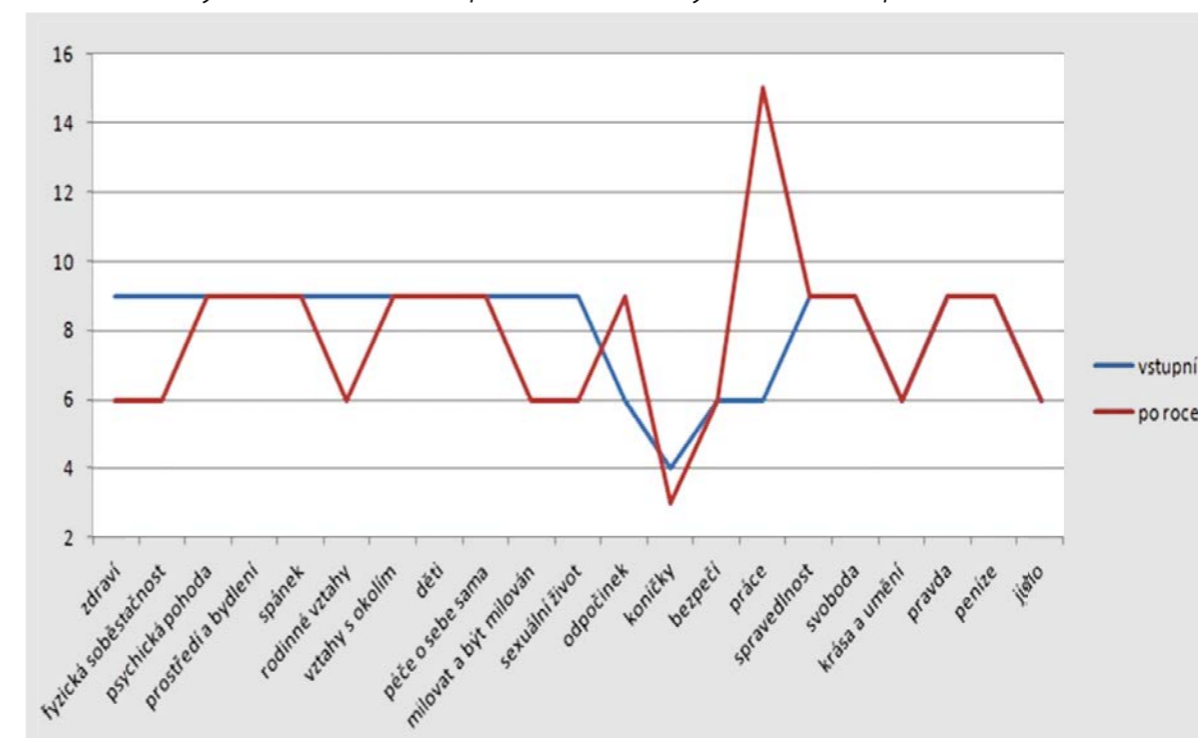
Zajímavým výstupem rovněž bylo, že paní ZM hodnotila svoji kvalitu života na konci programu téměř stejně jako na začátku programu. Na začátku a konci programu pracovní rehabilitace hodnotila pacientka

**Graf. 1.** Pozitivní, negativní, obecný a celkový PANSS paní ZM – vstup a výstup



svoji kvalitu života pomocí škály SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis). Škála SQUALA umožňuje hodnocení 21 oblastí lidského života z hlediska subjektivní spokojenosti a důležitosti, na jejichž základě lze poté určit i samotnou kvalitu života a pět zobecňujících dimenzí kvality života (abstraktní hodnoty, zdraví, volný čas, blízké vztahy a základní potřeby). V dimenzích kvality života byly u paní ZM největší rozdíly v položkách zdraví a blízké vztahy, které byly po absolvování programu méně důležité než na jeho začátku. V jednotlivých doménách škály SQUALA byl největší rozdíl zachycen v položce práce, kterou spolu s odpočinkem paní ZM hodnotila jako podstatně důležitější než na začátku programu. Naopak klesla důležitost položek: zdraví, fyzická soběstačnost, rodinné vztahy, milovat a být milován, sexuální život (graf 2).

**Graf. 2.** Dynamika v čase v položkách škály SQUALA u paní ZM



## Diskuze

Z výsledků našeho sledování, ale i z výsledků světových prací např. T. Burnse (7) jednoznačně vyplývá, že zaměstnání hraje velmi významnou roli v životě člověka. Návrat duševně nemocných do placeného zaměstnání vede ke zmírnění projevů jejich nemoci a tím k nižšímu čerpání zdravotní péče. Ke stejnému závěru dospěl ve své práci i Bush (8), který vypočítal, že rozdíl průměrných nákladů na jednoho účastníka jeho výzkumu, za ambulantní služby a institucionální pobyty, přesáhl v průběhu deseti let částku \$ 166 350 (tj. cca 4 158 750 Kč) ve prospěch pracující skupiny.

Podle výsledků světových studií je subjektivní kvalita života nemocných se schizofrenií nižší než u zdravé populace (9). Zajímavé je, že u paní ZM nedošlo po ukončení programu pracovní rehabilitace k očekávanému zlepšení v jejím subjektivním hodnocení kvality života. K podobnému vý-



sledku dospěla ve své práci i Mona Eklund. Jejím výsledkem bylo zjištění, že zaměstnání na otevřeném trhu práce má pro subjektivní hodnocení kvality života menší význam (10). Většina ostatních autorů, kteří se zaměřili na vliv zaměstnávání na kvalitu života u duševně nemocných, dospěla k opačným výsledkům. Nordt (11) a Drake (12) dospěli k závěrům, že zaměstnání vede u duševně nemocných ke zlepšení kvality jejich života. Obě práce ale použily k posouzení kvality života odlišný dotazník a v obou studiích byli kromě nemocných se schizofrenií zařazeni také pacienti s poruchou nálady.

V České republice není tato problematika doposud zmapována. Existují práce, které hodnotí kvalitu života duševně nemocných jako jednu z položek výzkumu, ale bez vazby na zaměstnání/nezaměstnání účastníků. Studie zaměřená cíleně na vliv zaměstnání na kvalitu života a psychopatologický obraz nemoci u nemocných s chronickým průběhem schizofrenie je jen jedna (13).

## LITERATURA

1. Villalta-Gil V, Vilaplana M, Ochoa S, Haro JM, Dolz M, Usall J, et al. Neurocognitive performance and negative symptoms: Are they equal in explaining disability in schizophrenia outpatients? *Schizophrenia Research* 2006; 87(1–3): 246–253.
2. Vaďurová H, Mühlpachr P. Kvalita života, teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova Univerzita, pedagogická fakulta 2005; 145 s.
3. Angermeyer MC, Holzinger A, Kilian R, Matschinger H. Quality of Life-as Defined By Schizophrenic Patients and Psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry* 47(2) : 34–42.
4. Buchtová B, Šmajs J, Boleloucký Z. Nezaměstnanost, 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. 2013; 192 s.
5. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39(5): 337–349.
6. Libiger J: Stigma duševního onemocnění. *Psych* 2001; 1: 48–52.
7. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146–1152.

## Závěr

Jak vyplývá z této kazuistiky, i nemocné s chronickým průběhem schizofrenní poruchy je možné, při nastavení vhodných podmínek, zapojit a udržet v programu pracovní rehabilitace, pokud jsou dostatečně podporováni a motivováni. Největší motivací je mzda za odvedenou práci. I když zapojení do programu pracovní rehabilitace nepřinese zlepšení psychopatologického profilu nemoci, ani v subjektivním hodnocení kvality života, je nezbytným startovacím můstkem pro budoucí úspěch na otevřeném trhu práce. Z objektivního hlediska má program pracovní rehabilitace pozitivní dopad na celkové fungování nemocného, vede k navýšení jeho sociálních kontaktů. Díky odměně za vykonanou práci pak dochází i ke zlepšení ekonomické úrovně. Pokud bychom na případ paní ZM aplikovali objektivní indikátory kvality života, pak by díky jejímu návratu do zaměstnání došlo k podstatnému zlepšení její kvality života.

8. Bush PW, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Haslett WR: The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2009; 60(8): 1024–1031.
9. Alptekin K, Akvardar Y, Akdede B, et al. Is Quality of Life Associated with Cognitive Impairment in Schizophrenia? *Prog NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005; 29(2): 239–244.
10. Eklund M: Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Qual Life Res* 2009; 18(2): 163–170.
11. Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C: Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Soc Sci Med* 2007; 65(7): 1420–1429.
12. Drake RE, Frey W, Bond GR, Goldman HH, Salkever D, Miller A, et al: Assisting social security disability insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *Am J Psychiatry* 2013; 170(12): 1433–1441.
13. Vencíková S: Kognitivní funkce a kvalita života v kontextu pracovního zařazení u pacientů s chronickou schizofrenií. Disertační práce v oboru psychiatrie. Brno, Czech Republic, LF MU; 2016.