

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Metody sociální práce používané u klientů s duševními poruchami a
jejich efektivita**

**Social work methods and their effectiveness used for clients with mental
disorders**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, Csc.

Autor:

Bc. Kateřina Pomahačová

Praha 2021

Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce paní prof. PhDr. Beátě Krahulcové Csc. za odborné vedení práce, cenné rady a věcné připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu.

Také děkuji respondentům za spolupráci a poskytnutí potřebných informací k realizaci druhé části mé diplomové práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Metody sociální práce používané u duševních poruch a jejich efektivita“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne Jméno a příjmení autora

Anotace

Má diplomová práce na téma „Metody sociální práce používané u klientů s duševními poruchami a jejich efektivita“ se skládá ze dvou částí.

V první části se nejprve zaměřím na terminologii kde se seznámíme s obecným pojmem duševní porucha a dále se dozvíme základní informace o mnou vybraných duševních poruchách jako schizofrenie, afektivní poruchy, konkrétně bipolární porucha, dále neurotické poruchy, konkrétně obsedantně-kompulzivní porucha a v poslední řadě poruchy osobnosti a to konkrétně hraniční porucha osobnosti. Poté se budu věnovat možnostem léčby duševních poruch, kde se seznámíme s prevencí a přístupem sociálního pracovníka, dále se sociálním šetřením, léčbou a s opatrovnictvím osob s duševní poruchou. V poslední řadě se dozvíme o metodách sociální práce.

V druhé části diplomové práce se budu věnovat průzkumu pomocí dotazníkového šetření, cíli mé práce, metodě, metodice, operacionalizaci, výsledkům a v poslední řadě diskuzi.

Klíčová slova

Sociální, duševní porucha, schizofrenie, afektivní poruchy, bipolární porucha, neurotické poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha, poruchy osobnosti, hraniční porucha osobnosti

Annotation

My thesis on the topic "Social work methods used in clients with mental disorders and their effectiveness" consists of two parts.

In the first part we are going to focus on the general terminology concept of mental disorder. We are going to learn basic information about selected mental disorders such as schizophrenia, affective disorders, specifically bipolar disorder, neurotic disorders, specifically obsessive-compulsive disorder and lastly personality disorders, namely borderline personality disorder. Then I am going to focus on the treatment possibilities of mental disorders, where I speak about the prevention and social worker approach. I continue with social survey and treatment&care for people with mental disorders. Finally, I am going to write about social work methods.

In the second part of this thesis, I am going to focus on the survey by a questionnaire, my work goals, method, methodology, operationalization, results and a discussion in the end.

Keywords

Social, mental illness, schizophrenia, affective disorders, bipolar disorder, neurotic disorders, obsessive-compulsive disorder, personality disorders, borderline personality disorder

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD | 7 |
| 1. Terminologie | 8 |
| 1.1. Definice pojmu duševní poruchy | 8 |
| 1.1.1. Schizofrenie | 11 |
| 1.1.2. Afektivní poruchy | 13 |
| 1.1.3. Neurotické poruchy | 15 |
| 1.1.4. Poruchy osobnosti | 19 |
| 2. Možnosti léčby duševních poruch | 24 |
| 2.1. Prevence a přístup sociálního pracovníka | 24 |
| 2.2. Sociální šetření u lidí s duševní poruchou | 29 |
| 2.3. Psychoterapie a farmakoterapie | 32 |
| 2.4. Opatrovnictví osob s duševní poruchou | 44 |
| 3. Metody sociální práce | 46 |
| 3.1. Metody sociální práce používané u klientů s duševní poruchou | 46 |
| 4. Průzkum | 52 |
| 4.1. Cíl, metody, metodika, operacionalizace | 52 |
| 4.1.1. Cíl | 52 |
| 4.1.2. Metody | 52 |
| 4.1.3. Metodika | 53 |
| 4.1.4. Operacionalizace | 55 |
| 4.2. Výsledky a jejich interpretace | 56 |
| 4.3. Shrnutí výsledků | 69 |
| 4.4. Diskuze | 72 |
| ZÁVĚR | 74 |
| Seznam použité literatury | 75 |
| Seznam příloh | 77 |
| Abstrakt | 85 |

Seznam zkratk

- OCD – obsedantně-kompulzivní porucha
- KBT – kognitivně-bahaviorální terapie
- SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
- OKP – obsedantně-kompulzivní porucha
- MKN-10 – klasifikace onemocnění používaná v České republice
- HPO – hraniční porucha osobnosti
- EPS – extrapyramidový syndrom
- F 60.8 – kategorie v MKN-10 „Jiné specifické poruchy osobnosti“

ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma „Metody sociální práce používané u klientů s duševními poruchami a jejich efektivita“.

Pro toto téma jsem se rozhodla po dopsání bakalářské práce, ve které jsem psala o sociální fobii a možnostech sociální práce. Chtěla bych se o podobných tématech dozvědět více a hlavně se dozvědět více o angažovanosti sociální práce v dané problematice. Tyto témata mi jsou blízká z důvodu vlastní zkušenosti.

Počet lidí s duševní poruchou stále dramaticky přibývá a proto si myslím, že by se o této problematice mělo více mluvit. Lidé trpící duševní poruchou by měli vědět kam se obrátit, měli by jim být poskytnuty kvalitní sociální služby a hlavně by jim měla být poskytnuta pomoc. Zda je lidem s duševní poruchou poskytnuta dostatečná pomoc se také budu věnovat v praktické části.

Duševní porucha je rozsáhlá problematika, která postiženým jedincům dokáže velmi zkomplikovat život. V diplomové práci jsem se rozhodla psát o duševních poruchách jako schizofrenie, afektivní poruchy, neurotické poruchy a poruchy osobnosti.

V teoretické části diplomové práce se nejdříve zaměřím na obecnou definici duševních poruch. Dále se zaměřím na definice mnou vybraných duševních poruch jako schizofrenii, afektivní poruchy, konkrétně na manické epizody a na bipolární afektivní poruchy, dále na neurotické poruchy, konkrétně na obsedantně-kompulzivní poruchu a poruchy osobnosti, konkrétně na hraniční poruchu osobnosti.

V další teoretické části diplomové práce se zaměřím na možnosti léčby duševních poruch a v poslední teoretické části diplomové práce se zaměřím na metody sociální práce.

Cílem mé diplomové práce je zjistit jaké metody sociální práce jsou používány při práci s klienty trpící duševní poruchou, zda vůbec jsou nějaké používány a jaká metoda je používána nejčastěji. Také se dále budu zajímat o efektivitu používaných metod sociální práce.

Pro zpracování daného tématu použiji metodu dotazníkového šetření. Dotazníky budou rozdány do organizací zabývajících se léčbou duševních poruch. Dotazníky budou anonymní a zcela dobrovolné. Z daných dotazníků vypracuji praktickou část diplomové práce, kde se zaměřím na výsledky průzkumu.

1. Terminologie

1.1. Definice pojmu duševní poruchy

Karel Dušek a Alena Večeřová-Procházková uvádí, že v psychiatrii stejně jako v ostatních medicínských oborech je vrcholným cílem diagnostiky stanovit duševní poruchu. Z hlediska struktury většinou rozlišujeme mezi nemocí a úchylkou. Při nemoci totiž dochází ke kvalitativní změně ve vývoji osobnosti. Nemoc se rozvíjí přes jednotlivé etapy, poté vrcholí a po sléze odeznívá. Ukončení ataky nemoci nevede pokaždé ke stejnému výsledku. Někdy dojde k úplnému uzdravení, ale jindy může nemoc zanechat různé následky. Kdežto úchylka představuje více méně trvalé vybočení od normy. Má podstatně menší dynamiku než má nemoc, může se dekompenzovat a kompenzovat.

Z hlediska trvání rozlišujeme mezi krátkodobými reakcemi a mezi dlouhodobým trváním poruchy. Trvání reakcí není vždy stejné, rozlišuje se od krátkých přes středně dlouhé až k dlouhodobějším formám. Oproti tomu existují duševní poruchy, u kterých můžeme sledovat jejich postupný vývoj a rozvoj. Některé duševní poruchy zase probíhají v epizodách, které se pravidelně opakují, jiné mají vývoj periodický, kdy se psychický stav po odeznění jednotlivé ataky nevrací k úplné normě, ale zůstává určité reziduum, jindy mají psychické poruchy undulující charakter průběhu. Někdy se primárně rozlišuje progredientní průběh, kdy se psychická porucha trvale rozvíjí a lze její průběh zmírnit terapií. Také je průběh fázičkový, kdy se střídají jednotlivé epizody psychické poruchy a po odeznění epizody psychické poruchy zůstává určité reziduum.

Také z hlediska kvality postižení rozlišujeme poruchy psychotické a nepychotické. U psychotických poruch ve většině případů dochází k narušení kontinuity osobnosti, projevy nemocného se kvalitativně mění. Současný vývoj psychiatrie ještě neumožňuje roztrdit psychické poruchy do kategorií podle jednotlivých kritérií, protože jen u malé skupiny psychických poruch známe etiopatogenezi.

V psychiatrické klasifikaci se postupem času vytvořily systémy, které rozdělily psychické poruchy na tři základní okruhy: organické psychické poruchy, endogenní nebo-li funkční psychické poruchy a skupiny psychogenních psychických poruch.

Oblast psychogenních psychických poruch a abnormních struktur osobnosti bylo těžké ohraničit. Je ale zřejmé, že psychogenní a psychodynamické faktory v těchto případech vedou k manifestaci poruch a určují jejich průběh.

Podle nynějších názorů většinu psychických poruch nelze odvodit jenom z jedné příčiny. Vždy je nutné počítat s několika faktory, které se podílejí na vzniku psychických poruch (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

„MKN-10 je klasifikace onemocnění používaná v České republice. Ta jsou popisována na základě skupiny znaků a příznaků, které se vyskytují společně, v daném souboru se odlišují od ostatních a nereprezentují jiné onemocnění.“ (Probstová, Pěč, 2014, str. 20)

Dále Václava Probstová a Ondřej Pěč tvrdí, že duševní poruchy v MKN-10 tvoří samostatnou kapitolu. Pro sociálního pracovníka, který potřebuje rozlišovat nejdůležitější příznaky duševních poruch, je vodítkem ke znalosti symptomů, syndromů a diagnóz duševních onemocnění, jejich průběhu, ale také i dopadu na život člověka.

Pro sociálního pracovníka jsou důležité prostředí a podmínky, které člověka určují a ovlivňují, a také transakce, které zde probíhají, tedy člověk v jeho prostředí. Předmětem zájmu sociálního pracovníka je interakce člověka s prostředím a adaptace na něj či fungování v něm a problémy z toho plynoucí.

Spoustu sociálních pracovníků a studentů sociální práce mají ke znalosti psychiatrické diagnostiky a užívání psychiatrických diagnóz velmi ambivalentní vztah, ve kterém najdeme jak přehnaný respekt, tak skepci až odmítání. Přehnaný respekt sociálních pracovníků k diagnostice plyne jak z pocitů neznalosti, tak z nedostatečné kompetence ve srovnání s psychiatry a klinickými psychology.

Praxe ukazuje, že i s vědomím uvedeným napětím je pro sociálního pracovníka pracujícího s lidmi s duševním onemocněním nezbytné znát základy psychopatologie (Probstová, Pěč, 2014).

Diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů, tvrdí Karel Dušek a Alena Večeřová-Procházková. Dáno je to tím, že klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé. U velké části psychických poruch neznáme totiž etiologii a patogenezi. Velmi obtížná je proto iniciální diagnostika, kdy jde o počínající psychickou poruchu a kdy o projevy, které mají obecný charakter, a není u nutno předpokládat, že půjde o psychickou poruchu.

Podle expertů Světové zdravotní organizace znamená pojem psychická porucha poruchu duševní činnosti specifickou v klinických projevech, kterou lze spolehlivě rozeznat jako definovaný standardní soubor znaků a je natolik závažná, že vede ke ztrátě pracovní schopnosti, sociální kapacity nebo dokonce obojího. Definice případu duševní poruchy musí být založena na kritériích, které jsou sociálně a kulturně pro danou populaci přiměřená (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Dušek, Večeřová-Procházková se rovněž zabývají symptomy duševních poruch. Symptodem, neboli příznakem se v medicíně rozumí určitý projev nemoci. Podle přítomnosti určitých příznaků můžeme usuzovat na danou nemoc, nebo poruchu. Váha jednotlivých příznaků pro diagnostiku daného onemocnění není stejná. Některé příznaky, například poruchy spánku, jsou podružné u spousty nemocí, jedná se o nespecifické symptomy. U jiných nemocí mohou mít závažný význam, například u hypersomnií a u narkolepsie. V takovém případě se jedná o specifické symptomy.

Symptomatologie je určitý úsek medicíny, který se zabývá obecným studiem příznaků nemocí, sleduje jejich vztah k základnímu poškození nebo poruše a význam pro stanovení diagnózy. Psychiatrie se zabývá takovými příznaky, které jsou charakteristické pro duševní poruchu. Rozlišujeme příznaky subjektivní, které uvádí nemocný a které souvisejí s jeho subjektivními prožitky, a příznaky objektivní, jež můžeme zjistit pozorováním nemocného, jeho vyšetřením nebo pomocí laboratorních zkoušek, či testů.

Symptomy mohou být vedoucí, charakterizující určitou psychickou poruchu a umožňují ji diagnostikovat. Příznaky akcesorní doplňují obraz psychické poruchy. Jako další označení příznaků v psychiatrii se používá příznaky primární a příznaky sekundární. Pro diagnostiku psychických poruch je potřebné znát jednotlivé příznaky, které poté můžeme zařadit do příslušných kategorií. Nejčastěji se probírají příznaky od jednodušších ke složitým (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Seznam jednotlivých symptomů duševních poruch nalezneme v diplomové práci v příloze č.1.

Dále se Dušek a Večeřová-Procházková zabývají syndromy duševních poruch. Bylo prokázáno, že ne každý příznak je pro diagnostiku psychické poruchy stejně tak důležitý. Příznaky duševních poruch nevystupují v klinickém obraze náhodně, ale seskupují se podle daných pravidel. Zákonitost psychické poruchy nemáme ještě dostatek informací, abychom diagnostikovali na vyšší úrovni. Syndromy jsou zpravidla dány tak, aby vystihovali aktuální psychopatologický obraz chorobného procesu. V syndromu se vystihují nejpodstatnější a nejdůležitější projevy u nemocného, které však mají rozhodující význam v dalších diagnostických úvahách. Při syndromologických závěrech nemusíme zůstat pouze jen u jednoho syndromu, ale uvedeme i další. Ale přitom je důležité rozlišit, který syndrom je vedoucí a který sekundární, dokreslující klinický obraz (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Seznam konkrétních syndromů duševních poruch nalezneme v příloze č.2.

1.1.1. Schizofrenie

V kapitole terminologie jsme se dozvěděli základní informace o duševních poruchách. Nyní se základní informace o konkrétních mnou vybraných duševních poruchách dozvíme v této a v dalších podkapitolách. Jako první se budeme věnovat schizofrenii.

Eva Češková uvádí, že schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované přetrvávajícím kognitivním deficitem, pozitivními a negativními příznaky, podstatnou variabilitou v projevech a průběhu a strukturální, funkční a neurochemickou alterací mozku. Zjišťované změny mozku jsou velmi subtilní, ale naproti tomu manifestace onemocnění je často dramatické.

Schizofrenie je totiž představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širší pojetí poruchou vnímání reality. Tomu do určité míry odpovídá představa laiků, nemocný je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo vidí něco, co ostatní ne, jeho řeč a chování jsou divné a nepochopitelné.

Schizofrenie patří do nejzávažnějších psychických onemocnění. Je diagnostikována zhruba u 25% pacientů psychicky hospitalizovaných a 50% pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za jeden rok. Onemocnění má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě, celosvětově patří schizofrenie mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.

Podle SZO z 24 milionů lidí se schizofrenií na celém světě méně než 50% dostává přiměřenou péči, i nejlépe léčení pacienti trpí signifikantním funkčním a sociálním deficitem. Představuje 3. vedoucí příčinu pracovní neschopnosti u mužů a žen ve věku 15-44 let.

Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje okolo 1%. Incidence je stejná jak u mužů, tak u žen, tj. 2-4 případy na 10 000 ročně. U žen je pozorován benignější průběh onemocnění, onemocnění začíná později, ženy jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují.

Genetické studie rodin, dvojčat a studie s adoptivními jedinci ukázali, že genetické faktory mají u schizofrenní poruchy významnou roli. Děti rodičů s diagnózou schizofrenie mají až 10x vyšší riziko, že onemocní schizofrenií (Češková, 2012).

Obdobně jako Eva Češková, se Václava Probstová a Ondřej Pěč zabývají schizofrenií a uvádí, že lidé se schizofrenií si často stěžují na potíže s pozorností a

nemožností soustředit se na jednu určitou věc. Někdy jsou v mysli zavaleni spoustou naléhavých myšlenek, které ale nedávají ostatním lidem smysl.

K poruchám myšlení u schizofrenií také patří bludy jako nevyvratná a nereálná přesvědčení.

Z poruch vnímání se také často u lidí se schizofrenií vyskytují halucinace jako vjemy bez jasného zevního podnětu.

Lidé trpící schizofrenií se namnoze cítí prázdní, znečitlivělí, nezakotvení a odpoutaní od prožitků a od jiných lidí. Velké potíže dělá vůbec identifikovat v sobě nějaký pocit a vyjádřit ho. Z objektivního hlediska hovoříme tedy o snížení a ochuzení citového prožívání. Celkem často jsou však i pocity intenzivní úzkosti či silné zlosti v reakci na vnímané ohrožení od ostatních.

Somatické obtíže u schizofrenie zahrnují neurčité stavy celkové fyzické slabosti, drobné nespecifické neurologické projevy. Mohou to být dlouhodobé tenzní bolesti hlavy nebo chronické bolesti pohybového aparátu bez organického podkladu mohou být obranou vůči pocitovému a myšlenkovému vyprázdnění. Jindy mohou tělesné příznaky navazovat na bludná přesvědčení či tělové halucinace.

Lidé se schizofrenií kolísají ve vztazích mezi intenzivní žárlivostí připoutat se k druhé osobě, zvláště jde-li o člověka, kterému mohou důvěřovat, a podezřívavostí se snahou stáhnout se z kontaktu s ostatními.

Chování lidí trpících schizofrenií nezřídka odráží vliv bludů a halucinací.

U schizofrenie se již tradičně rozlišuje několik klinických forem, které se odlišují charakteristickými příznaky, popřípadě průběhem. MKM-10 popisuje tyto formy schizofrenie: paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie, nediferencovaná schizofrenie, postschizofrenní deprese, simplexní schizofrenie (Probstová, Pěč, 2014).

Karel Dušek a Alena Večeřová-Procházková tvrdí, že schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy a je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Dalším významným projevem je porucha emotivity především kvalitativního charakteru. Onemocnění vzniká v mladém věku, nejčastěji kolem dvaceti let, ale časté jsou i začínající již v dětství. Onemocnění nadále pak probíhá řadu let buď kontinuálně, nebo v relapsech. Proto může vzniknout dojem, že schizofrenií je více než jiných psychických poruch, postihuje zhruba jedno procento obyvatelstva. Vyskytuje se u mužů a žen přibližně stejně.

Pro diagnostiku schizofrenie je rovněž důležité posoudit, zda u postiženého převládá pozitivní nebo negativní symptomatika. Pojem pozitivní symptomatika znamená

takové příznaky v psychice nemocného, které se u zdravého člověka nevyskytují. Jedná se o výskyt halucinací, bludů, vzrušenost nebo o tzv. produktivní katatonní symptomatiku.

Negativní symptomatikou se rozumí takové příznaky, které proti normě znamenají jisté mínus nebo i ochuzení psychiky. Do této kategorie patří psychomotorický útlum, zpomalená reaktivita, hypobulie až abulie, ztráta spontaneity a autismus (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

1.1.2. Afektivní poruchy

V této podkapitole se zaměřím na definici afektivních poruch. Dále a to konkrétněji na definici manické epizody a na definici bipolární afektivní poruchy.

Václava Probstová a Ondřej Pěč tvrdí, že vedoucím příznakem u lidí s touto diagnózou je porucha nálady, která je doprovázena celou řadou dalších potíží.

MKN-10 do poruch nálady zařazuje následující základní okruhy: manickou a depresivní fázi/epizodu, bipolární afektivní poruchu, periodickou depresivní poruchu a trvalé poruchy nálady. Kódovány jsou stupně závažnosti a doplněn je typ průběhu.

V klinické praxi jsou mírné a střední formy deprese, respektive mánie, etiologicky spíše spojovány s psychologickými a sociálními faktory, těžší formy s faktory biologickými. Afektivní poruchy se nezdá vyskytují v rodinách napříč generacemi, což vede k úvahám o jejich dědičnosti a podporuje to i pohled na tyto poruchy jako na biologicky podmíněné. Mnozí ale i u těžších průběhů afektivních poruch popisují příčinný vliv raných psychických a sociálních faktorů, které se v rodinách opakují, a přenášení se tak z generace na generaci. Biologické faktory onemocnění, které hrají důležitou roli v rozvoji poruchy, mají ve svých základech velmi raná traumata, ukázala studie od Gabbarda (1994).

Mánie je často vnímána jako protiklad deprese. Za energičností, dobrou náladou, zvýšeným sebevědomím až grandiozitou je úzkost a strach, nejistota a bezmoc. Projev člověka, jako by říkal: Není pravda, že jsem opuštěný, osamělý, neúspěšný, apod. Manický člověk působí jako nadměrně sebevědomý, jako kdyby zvítězil nad svými slabostmi. Přes zjevné známky veselosti tušíme, že jeho pocity, které jsou za tímto projevem, nejsou tak veselé a šťastné. Zaměřuje se na slabé stránky druhých lidí, jako by se tím chtěl vyhnout vlastním slabým místům. Nezdá se deprese, jež leží pod touto maskou, dostane na povrch a dostaví se propad do jejích hloubek (Probstová, Pěč, 2014).

Výskyt pouze manických epizod je vzácný, ve většině případů se jedná o fázi bipolární afektivní poruchy. Bipolární afektivní porucha je závažné duševní onemocnění, při kterém se střídají manické a depresivní fáze a alespoň jednou za život člověk zažívá epizodu takzvané velké deprese nebo (hypo)-mánie. Celosvětový odhad prevalence je od 0,5-5% (Matza, Rajagopalan, Thompson, Lissovoy, 2005 in Probstová, Pěč, 2014).

Dále Václava Probstová a Ondřej Pěč uvádí, že po odeznění epizody může být bezprostřední dopad a poškození důsledky manického chování na život člověka devastující, ovlivňuje to i zvládnutí nemoci. Zejména u bipolární poruchy mohou být socioekonomické dopady až tragické, a to nejen pro jedince, ale i pro jeho okolí: dluhy, neurovnané a přetřhané vztahy, komplikace spojené s pitím alkoholu, konzumací drog, apod. Tito lidé potřebují pomoc a jsou častými klienty služeb poskytujících psychiatrickou rehabilitaci, ale i další konkrétní pomoc (Probstová, Pěč, 2014).

Karel Dušek a Alena Večeřová-Procházková uvádí, že hlavními syndromy afektivních poruch jsou: syndrom hypomanický, manický, depresivní, anxiózní, anxiózně depresivní.

Mánie je méně častá než deprese. Intenzita příznaků se liší. Mania simplex = může se vyskytovat prostý obraz, kdy má postižený pocit blaženosti, je veselý, spokojený, ale nehybně leží, sám se nenají, nemá potřebu se najíst, nic nedělá. Mania agitans = jindy je naopak klinický obraz a průběh poruchy bouřlivý, je výrazný neklid, agitovanost, až agresivita. Mania resonans = kdy je postižený popudlivý, svárlivý, rezonantní. Při myšlenkovém trysku se stává, že nemocný není schopen vyjádřit všechny myšlenky, stačí vyjádřit jen některé a slovní produkce se zdá nesouvislá a roztříštěná.

Fantazie je živá, bohatá, nemocní jsou nadměrně podnikaví, mají rozsáhlé plány, ale nejsou schopni je plnit, nadměrně nakupují.

U psychotických forem se objevují sluchové halucinace, nemocní mají velikašské představy, někdy se vyskytují bludy perzekuční a kverulatoční.

Pro bipolární afektivní poruchu je charakteristické, že již v minulosti se vyskytla nejméně jedna afektivní epizoda – buď manická, nebo depresivní.

Pro poruchu je charakteristický jak klinický obraz, tak i průběh. Začátek bývá mezi 20. až 30. rokem věku, ale není to pravidlem. Může se vyskytovat v kterémkoli věku. Častěji se vyskytují epizody depresivní, než manické. K projevům poruchy může dojít po různých psychogenních zátěžích, úrazech hlavy, polytraumatech, infekčních onemocnění, po porodu. Častěji se pozoruje v různých „přechodových“ obdobích. Epizody poruchy se vyskytují častěji na jaře a na podzim. Projevují se vlivy denního rytmu. Významné jsou i

vlivy konstituční, vlivy osobního zaměření. Významné jsou i vlivy hereditární, poruchy metabolismu vody a minerálů, a další.

Frekvence epizod je rozdílná. Může jít o velmi častou frekvenci i několikrát do roka nebo jsou epizody naopak velmi řídké, třeba několik let od sebe vzdálené.

U afektivních poruch a hlavně u depresivních epizod se často setkáváme s celou řadou vegetativních i jiných somatických příznaků. Vegetativní příznaky mají charakter převahy sympatiku. Běžná je porucha až ztráta chuti k jídlu, proto u depresivních pacientů dochází k úbytku na váze, který může být dost značný. U manických nemocných by spíše předpokládala zvýšená chuť k jídlu a přejídání se, ale obvykle tomu tak není, pacienti i při zvýšené aktivitě nepotřebují výrazně větší přísun jídla. Pouze z zřídka se tělesná hmota zvyšuje (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

1.1.3. Neurotické poruchy

V této podkapitole se budu věnovat definici neurotických poruch. Dále se konkrétněji zaměřím na definici obsedantně-kompulzivní poruchy.

„Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy představují různorodou skupinu poruch, které charakterizují především potíže ve vztahu k úzkosti a jejím somatickým korelátům.“ (Probstová, Pěč, 2014, str. 90)

Do této skupiny patří:

1. Fobické úzkostné poruchy
2. Jiné úzkostné poruchy
3. Obsedantně-kompulzivní poruchy
4. Reakce na stres a porucha přizpůsobení
5. Disociativní (konverzní) poruchy
6. Somatoformní poruchy
7. Jiné neurotické poruchy

Dále Václava Probstová a Ondřej Pěč uvádí, že historicky bylo mnoho z těchto poruch zahrnováno do „neuróz“, pro některé jejich formy se používaly termíny jako „neurastenie“, depresivní neuróza či hysterie. Právě proto, je celoživotní prevalence neurotických poruch nejčastěji udávána mezi 20 a 25%, bývají oproti jiným podceňovány. Lidé, kteří jimi trpí často nevyhledávají terapeutickou pomoc, neberou v potaz nebezpečí jejich důsledků a chronifikace potíží.

Základní orientace v tomto okruhu potíží a potřebných intervencí je pro sociálního pracovníka naprosto nezbytná.

Sociální pracovník, který disponuje základními znalostmi těchto potíží, může nasměrovat klienta k další odborné pomoci.

Ačkoli lidé s těmito poruchami tvoří větší procento pacientů s dlouhodobým duševním onemocněním, setkávají se sociální pracovníci s těmito poruchami u klientů, kteří prošli nějakou traumatickou zkušeností.

Zde musím s Probstovou a Pečem zcela souhlasit, jsem téhož názoru, že se u lidí po traumatické zkušenosti rozvíjí dané poruchy, či fobie.

Na začátku spousty disociativních poruch nacházíme zatěžující psychosociální situace. Nezastupitelná je role sociálního pracovníka v šetření a mapování historických kontextů těchto situací.

U mnoha lidí se somatoformními poruchami nacházíme výrazný sociální faktor při vzniku a udržování jejich potíží.

I zde musím zcela souhlasit s danými informacemi. Tento přístup k dané problematice se mi velmi líbí a jsem opět téhož názoru.

U Obsedantně-kompulzivní poruchy se často setkáváme se zkratkou OCD.

Lidé s touto poruchou trpí přítomností nutkavých myšlenek, které se jim proti jejich vůli vtírají do mysli. Způsobují jim tak výraznou nepohodu a stísnění, které se snaží snížit nutkavým chováním.

Podle MKN-10 vtíravé myšlenky nebo ruminace mohou mít formu téměř vždy zneklidňujících myšlenek, nápadů, představ nebo popudů k činnosti. Někdy jsou to nerozhodné a nekonečné úvahy o alternativách spojené s neschopností udělat běžná, ale nezbytná rozhodnutí v každodenním životě.

Dále většina nutkavých činů se týká čištění, dále nepořádku, úklidu, opakovaného ujišťování, že nenastane potencionálně nebezpečná situace. Základem chování je strach, obvykle z nebezpečí, které může jedince potkat, nebo které může sám vyvolat. Daný rituál představuje neúčinnou nebo symbolickou snahu toto nebezpečí odvrátit (Probstová, Peč, 2014).

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký a Jana Vyskočilová tvrdí, že obsedantně-kompulzivní porucha je charakterizována relativně nenarušeným pohledem na realitu a postižení si zpravidla uvědomují, že jejich myšlenky a chování jsou přehnané nebo nesmyslné. Velmi často se za svůj stav stydí a obávají se, že se mohou „zbláznit“. V těžkých případech OCD však může být náhled oslabený, protože jak se obsese zhoršují,

stávají se dominujícími myšlenkami a postižení mají tendenci věřit, že domnělé nebezpečí opravdu hrozí.

Různé rituály a magické myšlení jsou běžnou součástí života a většina lidí provádí nějakou formu nutkavého jednání (např. zaklepání na dřevo).

Mezi příznaky OCD patří vtíravé myšlenky o ušpinění, o agresi k druhým lidem, vtíravá váhavost, excesivní počítání, kontrolování, opakované mytí, ujišťování se, nutkavé sledování tělesných funkcí a psychického fungování. Většina postižených lidí má spoustu z těchto příznaků. Napětí, či úzkost z obsesí se postižení snaží neutralizovat opakovanými úkony, nebo stereotypními myšlenkami. Vznikají kompulze, které však sníží úzkost pouze na přechodnou dobu. Záhy vzniká nová úzkost, nebo potřeba ji snížit a tím se rozvíjí další kompulze. V průběhu času potřeba další kontroly stoupá.

Obsedantní impulzy nebo rituály jsou neodolatelně silná nutkání provádět určité nepřiměřené jednání. Toto jednání je pak stereotypní a je prováděno podle určitých pravidel s cílem odčinit, či neutralizovat obsedantní myšlenku.

Kompulzivní chování může být nápravné například mytí, a ujišťující například kontrolování.

Neutralizace však může probíhat pouze v myšlenkách – jako úmyslné vyvolání si určité myšlenky, která neutralizuje původní obsesi. Pro odlišení od obsedantních myšlenek, které úzkost vyvolávají, můžeme mluvit o kompulzivních myšlenkách. Jde tedy o úmyslné jednání, které slouží ke snížení úzkosti nebo rizika ohrožení.

Příznaky se mohou v průběhu času měnit jak svým obsahem, tak intenzitou. V počátečních stádiích nemoci jsou postižení často schopni udržet svoje obsese a kompulze pod částečnou kontrolou. Dlouhodobý průběh bývá u některých postižených zhoršen atakami výraznějších příznaků, které se střídají s obdobími, kdy nemoc z velké části ustoupí. Frekvence obsesí a kompulzí ale při chronickém průběhu postupně narůstá a narušuje běžný život postiženého ve všech oblastech. Postižený se snaží vyhnout situacím, které slouží jako spouštěč jeho obsesí, čímž se život postiženého dále omezuje. Méně než jedna třetina nemocných zažije pouze jedna několikaměsíční epizodu, která plně odezní a již se nikdy nevrátí.

Kompulzí si okolí velmi často všimne. Samotné toto povšimnutí může být velkou úlevou. Často se pak objevuje snaha pomoci, mnohdy v podobě ujišťování, že se nic zlého nestane, když kompulzi nemocný neudělá. Postižený se pak chodí ujišťovat. Tím s rozvíjí ujišťovací kompulze. Občas rodiče, nebo partneři začnou vykonávat činnost, jímž se postižený vyhýbá kvůli obsesím. Mají dojem, že mu tím pomáhají, ale opak je pravdou.

Uleví mu krátkodobě, ale tím, že pomáhají udržovat vyhýbavé chování, mu v důsledku škodí.

Podobně vede k udržování či posilování obsesí a kompulzí i negativní chování okolí. Nadávání a kritika bývá lepší, než lhostejnost a nezájem. Může se stát, že se blízcí lidé rozhoří a snaží se zamezit prováděným rituálům. To někdy vede k odložení rituálů, které si postižený následně nahradí v čase, kdy ho nemohou ostatní vidět. Protože mezitím nahromadil napětí, zejména z toho, že je odmítán, provádí rituály většinou déle a intenzivněji (Praško, Grambal, Šlepecký, Vyskočilová, 2019).

Jako diagnostická kritéria obsedantně-kompulzivní poruchy Karel Dušek a Alena Večeřová-Procházková uvádí:

- Obsese nebo kompulze jsou přítomny celé dny nejméně po dva týdny
- Obsese a kompulze jsou považovány pacientem za jeho vlastní myšlenky a jednání
- Musí být přítomna alespoň jedna obsese nebo kompulze, které se pacient brání a považuje ji za nepřiměřenou a nesmyslnou
- Myšlenka nebo provedený čin nesmí být pro pacienta příjemné
- Obsese nebo kompulze se musí nepříjemně opakovat

Obsese, nebo kompulze se u této poruchy projevují jako nutkání, puzení k nějakému jednání, které postižený musí buď realizovat, nebo které má neustále na mysli. Uvědomuje si sice jejich nesmyslnost a nepřiměřenost, ale nedokáže se jich zbavit. Proto se snaží alespoň je racionalizovat a odůvodňovat ne jen okolí, ale i sobě. V jeho jednání je nepřiměřená logičnost a magičnost. Provádí různé obřady a úkony, které zdůvodňuje tím, že jimi zabrání neštěstí, které hrozí nejen okolí, ale i jemu. Nutkání se ale stále opakuje a postižený musí své obřadné úkony stále opakovat. To právě vede k tomu, že nemůže být s ničím hotov – nemůže odejít z bytu, dokud nevykoná určité obřady, a protože je musí stále opakovat, vlastní činnost tím oddaluje.

Obzvláště nepříjemné jsou pro postiženého novoty, nebo nějaké změny. Žádná novota pro postiženého není příjemná, každá v něm vyvolává nové nutkavé myšlenky a jednání, které musí realizovat. Odpor postiženého proti jeho obsesím bývá minimální.

Protože jednotlivé složky mohou dominovat, tak se rozlišují různé formy poruchy: převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace, převážně kompulzivní rituály, a smíšené obsedantní myšlenky a jednání (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Obdobně Edmund J. Bourne uvádí, že někteří lidé mají od přírody sklon být pořádkumilovnější, pečlivější a spořádanější než jiní. Tyto rysy osobnosti mohou být

užitečné ve spoustě životních situacích, a to jak v práci, tak i v osobním životě. Při obsedantně-kompulzivní poruše jsou ale uvedené rysy vystupňovány do extrému a projevují se v nezdravé míře. Lidé s obsedantně-kompulzivní poruchou mohou trávit spoustu hodin uklízením, čištěním, kontrolováním nebo uspořádáváním věcí, a to až do té míry, že to narušuje jejich zbývající život.

Obsese jsou neustále se vracející myšlenky, nápady, obrazy či impulsy, které vypadají nesmyslně, ale nicméně se neustále a neodbytně derou na mysl. Může se jednat o násilné představy, myšlenky, že někomu násilně ubližují, anebo myšlenky, že nechali rozsvícená světla, zapnutý sporák nebo, že zapomněli zamknout dveře. Uvědomují si, že tyto myšlenky či obavy jsou iracionální, a snaží se je potlačit, ale ony se i přes to neustále vtírají na mysl po celé hodiny, dny, týdny i delší dobu.

Kompulzivní jednání je označením pro chování či rituály, jež provádí k rozptýlení úzkosti, kterou v nich vyvolávají nutkavé myšlenky. Konflikt mezi přáním osvobodit se od těchto kompulzivních rituálů a neodolatelným nutkáním tyto rituály provádět bývá zdrojem velké úzkosti, pocitů studu a dokonce v některých případech až zoufalství.

Obsedantně-kompulzivní porucha je často provázána s depresí.

Obsedantně-kompulzivní porucha bývala považována za vzácnou poruchu. Studie však prokázaly, že jí v různé míře trpí přibližně 2 až 3% populace. Zdá se, že u žen je tato porucha častější než u mužů, ale v dětství se častěji objevuje u chlapců, než u dívek.

Příčiny obsedantně-kompulzivní poruchy nejsou úplně jasné. Existují určité studie, že tato nemoc je spojena s nedostatkem neurotransmiterů serotoninu v mozku či narušením metabolismu serotoninu. Obsedantně-kompulzivní porucha je ze značné míry dědičná – objevuje se v 57% u jednovaječných dvojčat oproti 22% u dvojvaječných dvojčat (Bourne, 2017).

1.1.4. Poruchy osobnosti

V této podkapitole se zaměřím na definici poruch osobnosti. Dále se konkrétněji zaměřím na hraniční poruchu osobnosti. Tuto konkrétní poruchu jsem si vybrala z důvodu, že dle slov autorů se jedná o nejčastěji diagnostikovanou poruchu z poruch osobností.

Václava Probstová a Ondřej Pěč uvádí, že klasifikace poruch osobnosti v MKN-10 je založena na popisu výrazné nevyváženosti, nerovnováhy a jednotlivých rysů osobnosti.

Do této kategorie patří:

1. Paranoidní porucha osobnosti
2. Schizoidní porucha osobnosti
3. Disociální porucha osobnosti
4. Emočně nestabilní porucha osobnosti
5. Histrionská porucha osobnosti
6. Anankastická porucha osobnosti
7. Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti
8. Závislá porucha osobnosti
9. Nespecifická porucha osobnosti

Porucha osobnosti je obecně definována jako přetrvávající, stabilní způsob myšlení, cítění a chování, který vede k adaptačním potížím s důsledky v sociální oblasti, profesní či v oblasti subjektivního prožívání. Rysy osobnosti se projevují ve vyhraněných až extrémních formách a způsoby reagování jsou ustálené bez možnosti změny. Jak je z definice jasné, některé osobnosti rysy se tak projevují až v extrémní formě a mohou být neměnné. To má za následek menší pružnost, nebo neschopnost přiměřeně reagovat na okolí.

Popisy na úrovni znaků má své problémy. Práce s vývojovými aspekty, obranami a vztahy, typickými pro jednotlivé poruchy, přináší poznání, že většina znaků má své protipóly, které jsou v osobnosti přítomny a které se mohou projevat spíše nečekaně v záblescích a mohou být pro své okolí překvapivé.

Vzhledem k tomu, že hraniční porucha osobnosti se stala u mnohých již stigmatizující pod diagnostikou kategorií F 60.8, nezdívka najdeme lidi, kterým psychiatři raději dali tuto diagnózu. Může to být matoucí, jelikož jiní používají tuto kategorii pro narcistickou poruchu osobnosti, která v MKN-10 chybí.

Od poruch osobnosti v užším slova smyslu je důležité odlišit ty poruchy osobnosti, které pokládáme za získané, tedy které se vyvinuly u lidí, kteří původně neměli dispozice k poruše osobnosti. Může to být v důsledku poškození, nebo funkční poruchy mozku, nebo tělesné nemoci, ale také po extrémní či dlouhotrvající zátěži.

Sociální pracovníci, kteří mapují aktuální sociální síť a životní historii postižených, mohou více vnímat dopady dlouhodobé sociální izolace a vyloučení na petrifikaci těchto poruch (Probstová, Pěč, 2014).

Obdobně Karel Dušek a Alena Večeřová-Procházková tvrdí, že z hlediska rozsahu rozlišujeme poruchy osobnosti globální a parciální.

U globálních poruch osobnosti jsou porušeny jak rysy a vlastnosti osobnosti, tak i její dynamika a to v různém stupni. Dochází ke zkreslování při hodnocení vnějšího světa i sebe samého, což se odráží v projevech chování a i postojů. Jedinec má sníženou adaptační schopnost a je odlišný od ostatních. K postižení osobnosti dochází jednat během jejího vývoje, jednak po prodělaném psychotickém onemocnění (Dušek, Večeřová-Veverková 2015).

Aleš Grambal, Ján Praško a Petra Kasalová uvádí, že pro hraniční poruchu osobnosti je typická instabilita a nápaditost v projevech chování, afektivně i v interpersonálních vztazích. Koncept hraniční poruchy vznikl během pozorování psychoanalytických terapeutů. Ti si všimli, že někteří pacienti vyhledávají stále dokola pomoc, podporu a mají problém s udržováním hranic mezi sebou a ostatními lidmi včetně terapeutů. Snadno v terapii regregují, hlavně pokud je terapeutická situace málo strukturována. Slovo hraniční také odkazuje na někdy nejasnou hranici mezi neurózou a psychózou, jelikož v minulosti byli tito pacienti diagnosticky zařazováni k atypickým formám psychóz. Vzhledem k tomu, že tyto rysy osobnosti zůstávají dlouhodobě neměnné a k psychotickému vývoji nedochází, jsou tyto poruchy v aktuálních klasifikacích řazeny mezi poruchy osobnosti. Dlouhodobý vývoj je dokonce u těchto pacientů příznivější, než se vůbec očekávalo, a většina z nich v průběhu desetiletí maladaptivní rysy osobnosti ztrácí. Někteří z nich ale rozvíjejí afektivní poruchu nebo se mohou vyvíjet směrem k jiným maladaptivním osobnostním rysům, jako jsou narcistické, histrionské nebo disociální.

Údaje o výskytu poruch mohou být nepřesné. Přestože se jedná o nejčastější poruchu osobnosti, se kterou psychiatři přicházejí do kontaktu, je shoda na této diagnóze jedna z nejmenších.

Současné nálezy svědčí pro to, že lidé, kterým je diagnostikována hraniční porucha, časem většinou osobnostně dozrávají a psychoterapeutické vedení nebo vhodné prostředí mohou tyto změny urychlit. Část lidí naplňujících kritéria pro hraniční poruchu osobnosti v průběhu života psychiatrickou péčí nevyhledává a funguje, část lidí pravděpodobně nedozraje a provázejí je pocity křivdy a nespravedlnosti do konce života.

Většina lidí trpící HPO se raději snaží pomoci si vlastními silami, než by vyhledala psychologa nebo psychiatra. Důvodem strachu je stigmatizace, proč se jedinci s HPO obávají psychiatrické diagnózy, a to i v takové míře, že se aktivně vyhýbají hledání adekvátní léčby nebo ji odmítají.

Základním rysem pacientů s hraniční poruchou osobnosti jsou vše prostupující vzorce nestability v interpersonálních vztazích, afektech, vnímání a hodnocení sebe a značná impulzivita, které se začnou projevovat v časně dospělosti a objevují se v všemožných situacích. Postižený má chronické pocity prázdnoty, které střídají prudké změny afektivity a sebehodnocení. Excesivní pokusy vyhnout se samotě mohou vést k sebevražedným výhrůzkám nebo k sebepoškozujícím činům. Pacient má nestálý obraz o sobě i druhých lidech, který se mění rychle podle toho, zda se cítí přijímán, odmítán či opuštěn. Mívá potíže zvládnout svůj hněv, sebenenávist, nebo kontrolovat svoje depresivní propady. Vztahy si postižený buď idealizuje, nebo démonizuje, nadměrná důvěra se může náhle měnit ve vztahovačnost a ke změně postoje stačí nepodstatné podněty. K vyhledání terapie ale většinou nevede nestabilita ve vztazích, ale krátkodobé afektivní reakce se sebepoškozujícím chováním nebo dlouhodobé dekompenzace ve formě epizod akutní psychické poruchy. Mnohdy se objevují disociativní fenomény. Vzhled postiženého může být nápadný, při kontaktu s ním může upoutat nadměrný piercing, četné jizvy po řezných ranách na předloktí, tetování, nezvyklý účes, apod. Chování může být od prvního rozhovoru také nápadné, například rozvalení se do křesla, sezení na podlaze, apod. Spolupráce bývá různorodá, od ochotné po nepřátelskou.

Myšlení může být simplifikované v pohledu na řešení otázek nebo při hodnocení druhých, tangenciální nebo nevýpravné. Úsudek a náhled bývá proměnlivý, v závislosti na zevním stresu a pocitu přijetí psychiatrem.

Mohou se objevit také krátkodobé psychotické epizody, které souvisejí s výrazným interpersonálním stresem nebo s užíváním drog. Násilné chování se objevuje, pokud se postižený cítí odmítání, nebo kritizování, znesvobodňování nebo ponižování.

S hraniční poruchou osobnosti mohou být zaměňovány některé jiné typy poruch osobnosti, které s ní sdílejí určité společné rysy. Je proto důležité, abychom mezi těmito poruchami osobnosti rozlišovali podle toho, v čem se od sebe navzájem liší. Pokud má ale jedinec kromě hraniční poruchy osobnosti také osobnostní rysy odpovídající kritériím pro jednu či více dalších poruch osobnosti, můžeme je všechny diagnostikovat.

Praško et al uvádí, že příčina vzniku hraniční poruchy osobnosti je neznámá. Pravděpodobně se na vzniku podílí komplex řady faktorů, jejichž vzájemná interakce zvyšuje nebo snižuje možnost vzniku poruchy, to znamená, že můžeme mluvit o multifaktoriální příčinnosti (biologické příčiny v kombinaci s faktory prostředí), jako je tomu u většiny psychických poruch (Praško et al., 2003, in Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

Dále Aleš Grambal, Ján Praško a Petra Kasalová tvrdí, že je obtížné a zjednodušující oddělovat od sebe jednotlivé faktory podílející se na rozvoji hraniční poruchy, protože spolu bezprostředně souvisejí a vzájemně na sebe působí (Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

V kapitole terminologie a v jejích podkapitolách jsme se dozvěděli základní informace o dané problematice. Každá duševní porucha je ve svém základě velmi nebezpečná jak pro postiženého, tak může být nebezpečná i pro jeho okolí. Je proto důležité, aby se postižení se svou diagnózou nechali léčit, aby o své diagnóze znali fakta a následky neřešení dané situace. O možnostech léčby mnou vybraných duševních poruch se budu nyní věnovat v další kapitole „Možnosti léčby duševních poruch“.

2. Možnosti léčby duševních poruch

2.1. Prevence a přístup sociálního pracovníka

Václava Probstová a Ondřej Pěč uvádí zjišťování rizik a prevence vzniku rizikových situací a tvrdí, že riziko v kontextu péče o duševně nemocné můžeme definovat jako pravděpodobnost, že uživatel péče utrpí nějaké ublížení či se mu přihodí něco nežádoucího nebo se něco nežádoucího přihodí se strany uživatele péče ostatním lidem. O riziku je zde hovořeno v rámci klinické praxe nebo sociální práce (Probstová, Pěč, 2014).

Lucie Bankovská Motlová a Filip Španiel uvádí, že když je člověk, který onemocněl psychózou, vyzván, aby si vzpomněl, co se dělo před relapsem, často se vrací i do doby několika měsíců před hospitalizací. Nejčastěji si člověk zpětně vybaví problémy v práci, ve škole, horší soustředění, konflikty s okolím. Okolí si u člověka všimá uzavřenosti, nekomunikace, zkrátka jiný, než byl. Časté varovné příznaky trvají týdny, někdy i měsíce. Nejčastěji uváděné časné varovné příznaky jsou: nespavost, nesoustředěnost, nervozita, netrpělivost, pocit, že jsou zesměšňováni, pocit, že jsou středem zájmu, zhoršení paměti, nechutenství, ztráta zájmu o společenský kontakt. Tyto uvedené příznaky signalizují problém v dopaminergním systému v limbickém traktu. Je tedy logické, že předcházejí-li varovné příznaky první atace nemoci, jen výjimečně je lze správně rozeznat jako její předzvěst. Pokud již člověk ataku měl, je dobré, si tyto příznaky napsat. Mohou totiž znamenat budoucí relaps. Čím dříve se pak zahájí léčba, tím rychleji se stav postiženého zlepší (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Eva Češková uvádí rizikové faktory a prevenci schizofrenie. K negenetickým rizikovým (predisponující) faktorům schizofrenie patří: migrační status, starší otcové, přítomnost protilátek proti toxoplasmóze, hladovění v období gravidity, dlouhodobé užívání kanabisu, porodní komplikace, život ve městě a narození v zimě, nebo na jaře.

V rámci dnešní společnosti, která je kromě jiného charakterizována vysokou migrací, jsou zajímavé sociální faktory. Příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině a život v městských aglomeracích s větší hustotou obyvatelstva jsou spojeny se zvýšeným rizikem rozvoje onemocnění schizofrenie. Je pravdou, že v industrializovaných zemích je více schizofreniků v nižších socioekonomických třídách, počet hospitalizací pro schizofrenii je vyšší v městských než v zemědělských vesnických oblastech.

Primární prevence schizofrenie známá není. V současné době se zkoumá, zda by včasný farmakoterapeutický zásah u vysoce rizikových jedinců s prodromálními příznaky mohl zabránit manifestaci psychotických projevů.

Sekundární prevence je důležitá. Jedná se o prevenci dalšího relapsu onemocnění (Češková, 2012).

Václava Probstová a Ondřej Pěč tvrdí, že příčina schizofrenie není objasněna. Na druhé straně je celá řada teorií genetických, neurobiologických, neurokognitivních a psychodynamických, které se zejména během minulého století stavěly vzájemně do příkrých rozporů. V poslední době se více prosazuje model multifaktoriální podmíněnosti. Tento model patří do bioekopsychosociálního modelu nemoci, kdy je vznik nemoci dán spolupůsobením genetických, biologických faktorů a faktorů prostředí, přičemž se tyto faktory vzájemně podmiňují (Probstová, Pěč, 2014).

Kanter uvádí, že přístup sociálních pracovníků ke klientům se schizofrenií by měl respektovat několik specifických skutečností. Tou první je podpora nedostatečně rozvinutých kapacit zvládat běžné životní nároky pomocí vlastních sil. Podpora však může být poskytována jen do té míry, pokud je potřebná a chtěná. Cílem je, aby postižený postupně zvládal své každodenní životní úkoly bez vnější pomoci a převzal sám zodpovědnost za svůj život a pokrok v něm. V tomto smyslu by podpora měla být empatická. Pouze takovou si klient může osvojit a zabudovat do pozdějšího repertoáru vlastních kapacit (Probstová, Pěč, 2014 in Kanter, 1990,1999).

Nadále Václava Probstová a Ondřej Pěč uvádějí, že neempatická podpora je ta, která je až příliš mnoho, kterou klient subjektivně nevyžaduje, a ani se objektivně neobjevuje její potřeba, nebo jí je příliš málo. Sociální pracovníci neposkytují podporu jen vlastními přímými intervencemi, ale také koordinací a nasměrováním různých zdrojů k pomoci klientovi, jako je například rodina, přátelé, služby, a podobně. Druhou skutečností je neostrá a nepevná hranice, která je mezi vnitřním a vnějším světem klientů s psychózou. V důsledku tak zvaných primitivních psychických obranných mechanismů je vnitřní psychický svět klienta více „obsažen“ v jeho nejbližším okolí. Za těchto okolností narůstá důležitost šetření a poznání vlastního prostředí klienta a jeho podpora. Nezbytnou součástí sociální práce je terénní činnost.

Schizofrenie je onemocnění, se kterým se sociální pracovník setkává a pravděpodobně stále více setkávat bude. Lze také do budoucna předpokládat větší důraz na interdisciplinární spolupráci s psychology, psychiatrickými sestrami a psychiatry. Dostatečná obeznámenost sociálního pracovníka se vznikem, příznaky, léčbou, apod. je předpokladem dobrého zapojení sociálních pracovníků do péče u této skupiny klientů (Probstová, Pěč, 2014).

MUDr. Lívía Vavrušová a kolektiv ve své knize „Bipolární porucha“ uvádí, že porucha náhledu je velmi častým příznakem u mnohých duševních nemocí a v klinické praxi představuje závažný problém. Autoři příspěvku rozebírají několik koncepcí náhledu, poukazují na možnost vyhodnocení úrovně náhledu prostřednictvím posuzovacích stupnic a také upozorňují na skutečnost, že u různých duševních poruch se uplatňují různé patologické mechanismy, které podminují vznik poruch náhledu. Nedostatečný náhled je stejně závažný a dominující příznak jak u bipolární poruchy, tak i u schizofrenie. Závažnost poruch náhledu u bipolární poruchy vzájemně souvisí se závažností ostatních psychopatologických symptomů a pravděpodobně přímo koreluje se stejnými mechanismy, které vedou ke vzniku manické/hypomanické nálady (Vavrušová, a kol., 2004).

V první polovině minulého století Lewis (1934) upozornil na skutečnost, že o náhledu a jeho poruchách se v odborné literatuře píše velmi z řídka, tvrdí MUDr. Lívía Vavrušová a kolektiv. Sám pak přispěl k dané problematice svými studii a zformuloval definici náhledu, která je dodnes často citována. Lewis (1934) definoval náhled: „*Správný postoj duševně nemocného jedince ke svým chorobným změnám.*“ Podle toho pacient rozezná, že trpí nějakou poruchou a že je duševní (Vavrušová, a kol., 2004, str. 65).

Obdobně jako u klientů se schizofrenií mapujeme u bipolární poruchy jednotlivé oblasti a používáme různé nástroje šetření, včetně doplňkových posuzovacích škál, uvádí Václava Probstová a Ondřej Pěč.

Pro sociálního pracovníka není lehké rozpoznat danou situaci a navázat s člověkem v manické fázi dlouhodobější kontakt. Jednou z daných charakteristik mánie je útěk od déletrvajících hlubších vztahů a povrchnost kontaktů.

Základy přístupu, tedy cíle pro pomáhající profesi – pracovník, který dobře pracuje s člověkem v manické fázi:

- Pracovník si uvědomuje, že jde skutečně o problém, byť dotyčný nabízí svou iluzi světa bez problémů
- Pro pracovníka je důležitý systémový pohled. Chápe, že velkým problémem je klientovo okolí, které může chováním klienta dlouhodobě strádat. Sociální pracovník pracuje tedy nejen s klientem, ale i s jeho sociální sítí.
- Od počátku je pro sociálního pracovníka důležité zabránit „odchodu-zmizení-útěku“ klienta. K tomu slouží jasně formulované dohody a zapojení okolí. Pracovník se většinou snaží pacienta nasměrovat k odbornému lékaři, ale ne vždy je v tom hned úspěšný.

- Po odeznění příznaků je velmi důležité dále s klientem, jeho rodinou a okolím spolupracovat, pomoci zvládat návraty do běžného fungování, které jsou nezdídky spojeny s pocity zmaru, studu, nejistoty a obav. Nezlehčování situace, ale zároveň pochopení bez výčitek, mohou být modelovým chováním i pro okolí postiženého.

Chování a vyprávění člověka s mánií může sociálního pracovníka uvést ve zmatek, cítí se vyčerpan. Zmatek prožívá například prostřednictvím úvah: Je to opravdu pravda? To je hrozný zmatek, co mi popisuje, kdo se v tom má vyznat...

Chování manického člověka může sociálního pracovníka rozrušit a rozčítit, což může být v kontrastu s jeho relativním klidem. Zatímco pracovník prožívá obavy, nejistotu z toho, co klient popisuje, tak klient je klidný, nad věcí.

Další reakce může být podceňování dezorganizace, ve které se člověk s mánií nachází. Pracovník je potěšen, že je klient schopen nahlížet na situaci rozumně. Ve skutečnosti je za touto pozicí opět řada obranných manévrů, a pracovník je zaskočen dalšími akcemi, které po odchodu ze setkání podniká (Probstová, Pěč, 2014).

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký a Jana Vyskočilová ve své knize „Obsedantně-kompulzivní porucha“ uvádí, že obsese i kompulze jsou běžné u celé populace a nejsou považovány za problém, pokud nezpůsobují pocit nepohody a nepřekážejí v normálním životě. Jestliže má ale někdo obsese anebo kompulze zasahující vážně do jeho života, měl by požádat o pomoc. Jedná se o menšinu, která je diagnostikována jako pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou (Praško, Grambal, Šlepecký, Vyskočilová, 2019).

Edmund J. Bourne ohledně expozice a prevence kompulzivní reakce uvádí, že při této technice je klient vystaven situaci, která v něm vyvolává obsedantní myšlenky, a následně je mu zabráněno provádět rituály či kompulze. Jako například, pokud si umývá ruce pokaždé, když se dotkne kliky u dveří, dostane pokyn, aby se dotkl kliky a poté si buď umyl ruce méně často než dříve, anebo aby si je neumyl vůbec. Společně s terapeutem naplánují celou řadu podobných situací, nejlépe u klienta doma. Poté bude postupně procvičovat čelení těmto situacím a bude se snažit přestat provádět kompulzivní činnost. Obvykle klienta bude při tom doprovázet jeho terapeut či jiná podporující osoba, aby sledoval, že dodržuje uvedený pokyn a nepodléhá kompulzivnímu jednání, je zapotřebí přerušit veškeré neutralizující skryté rituály nebo myšlenky, které používá ke zmírnění své úzkosti vyvolané původní nutkavou myšlenkou. Bude také pracovat na rozvíjení schopnosti přijímat své nutkavé myšlenky, aniž by se snažil je odehnat (Bourne, 2017).

Základní přístup jak vhodně komunikovat s obsedantním člověkem uvádí Václava Probstová a Ondřej Pěč takto:

- Nejprve se pracovník má pokusit snížit míru úzkosti, například zopakováním jeho požadavků či dotazů svými slovy
- Dále by měl pracovník ocenit jeho snahu o řešení situace, svědomitost, ale zároveň citlivě poukázat na „slepé uličky“
- Pracovník by se měl nadále podvolit úzkosti a neústupnosti, kde to lze, ale nepodřít se tam, kde to nelze
- Pokud klient po pracovníkovi něco chce měl by se pokusit „směnit“ jeho požadavky za ty jeho

Sociální pracovník se může cítit kontrolován, kritizován, zahlcen obsáhlými argumenty, což vzbuzuje zlost. Někdy může být pracovník zaskočen zdánlivě necitlivým chováním klienta, který jakoby neprožívá emoce v náročné situaci, například při úmrtí někoho blízkého. Může se cítit i sám izolován, kdy klient pracovníkovi nesděljuje své potíže a jejich důsledky racionalizuje (Probstová, Pěč, 2014).

Aleš Grambal, Ján Praško a Petra Kasalová ve své knize „Hraniční porucha osobnosti a její léčba“ uvádí, že je obtížné a zjednodušující oddělovat od sebe jednotlivé faktory podílející se na rozvoji hraniční poruchy osobnosti, protože spolu bezprostředně souvisejí a vzájemně na sebe působí. Pro porozumění hraniční poruše je potřeba brát v úvahu všechny známé faktory spolupodílející se na jejím utváření, jejich vzájemné interakce a ponechat si prostor pro zatím neznámé a neprokázané vlivy.

Většina precipitujících faktorů dekompenzace a spouštěčů zhoršení stavu se dotýká vztahů pacienta a jeho strachu zejména, opuštění, kritiky.

Tělesná nemoc: může znamenat nadměrnou zátěž, která vede u hraničních osobností k extrémním projevům, které se mohou rychle střídát. Od bagatelizace a odmítání vyšetření až k regresi a dětské nařikavosti.

Sociální: mezi typické precipitující faktory dekompenzace patří ztráta, konflikty, kritika, nedostatek pochvaly, přijetí. Spouštěčem může být každodenní událost, někdy tam nenápadné, že je okolí ani nepostřehne, jako například, kdy nadřízený pochválí někoho jiného (Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

V podkapitole prevence a přístup sociálního pracovníka jsme se dozvěděli různá fakta a možnosti prevence duševních poruch. Některé poruchy jsou získány genetickými predispozicemi a je těžké se jim vyhnout. Přesto jsou různé možnosti, jak tuto

nevyhnutelnou poruchu léčit, či předejít jejímu spuštění. Jak jsme se z textu výše mohly dozvědět je velmi důležité vše začít řešit v čas.

Dále jsme byli seznámeni se základními přístupy, které by měl sociální pracovník praktikovat. Také jsme se mohli dozvědět, jak se sociální pracovník může v dané situaci s klientem, který trpí danou poruchou cítit a jaké ho doprovází pocity.

Velmi mě zaujala porucha náhledu. Myslím si, že Lewis správně vystihl, že se o poruše náhledu v odborné literatuře píše velmi z řídka. Sama jsem se s tímto pojmem setkala poprvé. Myslím si, že mít správný náhled nad svou nemocí je opravdu důležité a sociální pracovník by měl udělat vše pro to, aby tomu tak bylo.

2.2. Sociální šetření u lidí s duševní poruchou

Václava Probstová a Ondřej Pěč uvádí, že k vyšetření člověka s duševním onemocněním potřebuje sociální pracovník teoretické znalosti, praktické dovednosti a mít jistou míru zkušeností. U nováčků, ale i u již zkušenějších sociálních pracovníků je důležitá možnost supervize, či intervize s kolegy.

Šetření a jeho jednotlivé fáze u lidí s duševní poruchou:

- Mapování: sociální pracovník se snaží s klientem navázat kontakt, komunikovat a citlivě pozorovat. Pracovník získává potřebné údaje a zjišťuje důležitá fakta z historie i z přítomnosti.
- Srovnání, analýza: Sociální pracovník získané informace analyzuje, využívá k tomu své znalosti a zkušenosti. Srovnání s minulou zkušeností, se situacemi a příběhy, se kterými se setkal v minulosti, pomáhá pracovníkovi na cestě ke stanovení „případové diagnózy“, nemělo by vést k rychlým rutinním závěrům.
- Popis: Na základě takto získaných informací a jejich analýzy musí být sociální pracovník schopen rozeznávat, odlišit a následně popsat psychopatologii zasazenou do psychosociálního rámce, určit funkční kapacitu, potřeby a zdroje prostředí daného člověka.
- Stanovení diagnózy: diagnóza je optimálně dále podrobována společné rozvaze s dalšími členy týmu sociálního pracovníka a je součástí závěrečné celkové „případové diagnózy“.
- Sepsání závěrečné zprávy

Specifika šetření prováděné sociálním pracovníkem u lidí s duševní poruchou: lidé s duševním onemocněním nejsou, ani nemohou být homogenní skupinou. Z medicínského

pohledu lidí s duševním onemocněním spojuje přítomnost duševních obtíží. Šetření symptomů probíhá v medicíně před započítím léčby. Šetření je prováděno lékařem a jeho výsledkem je diagnóza, která bývá podmínkou dalšího léčebného postupu. Podle tohoto daného schématu se uskutečňuje i klasické psychiatrické vyšetření, které probíhá především prostřednictvím rozhovoru s pacientem. Závěr šetření je nezbytným předpokladem pro následné stanovení terapeutického plánu. Vyšetření a stanovení diagnózy sociálním pracovníkem se od tohoto postupu liší jak časem, tak nástroji.

Charakteristiky daného šetření sociálním pracovníkem jsou:

1. Kontinuální dynamický proces: šetření sociálního pracovníka je založeno na upřesňování hypotéz.

2. Reálné prostředí a životní kontext člověka: sociální pracovník má větší možnost potkávat se s lidmi s duševním onemocněním a jejich blízkými v jejich běžném prostředí. V kontextu každodenního života tak může sociální pracovník šetřit jejich současné problémy, aktuální i dlouhodobou funkční kapacitu.

3. Formy podle cíle a kontextu:

- Cílené šetření: v rámci praxe sociálního pracovníka, zdravotních a sociálních služeb, multiprofesního týmu, praxe rehabilitačního pracovníka
- Komplexní šetření: jako pracovník multiprofesního týmu, terénního týmu případového vedení, týmu specializovaných služeb psychiatrické rehabilitace

4. Různé zdroje a metody: šetření probíhá jak formou klasického rozhovoru s klientem, tak i prostřednictvím pozorování, mapování mikroprostředí a širšího sociálního prostředí.

Znalosti, dovednosti a postoje nezbytné k šetření pro sociálního pracovníka jsou:

- Znalost MKN-10
- Porozumění duševní poruše
- Získávání informací otevřeným způsobem a schopnost dávat je do souvislostí
- Schopnost orientovat se v dokumentaci
- Schopnost šetřit funkční kapacitu
- Dodržování jasné struktury vyšetření
- Adekvátně užívat zdroje a metody šetření
- Jasně a zřetelně formulovat výsledky šetření v podobě závěrečné zprávy (Probstová, Pěč, 2014).

Dále Václava Probstová a Ondřej Pěč uvádí konkrétní sociální šetření sociálním pracovníkem pro mnou vybrané poruchy.

U schizofrenie uvádění že šetření je jednou z nezbytných kompetencí sociálního pracovníka.

Oblasti šetření u lidí se schizofrenií:

- Šetření symptomů a chování, které vyplývá z individuálního prožívání psychických problémů
- Šetření schopností uživatele vykonávat samostatně každodenní aktivity
- Šetření podmínek bydlení a finanční situace
- Šetření orientačně-kognitivních funkcí
- Šetření známek počínající krize
- Šetření zranitelnosti a stresorů
- Šetření základního přesvědčení ve vztahu k sobě a k ostatním
- Šetření rodinného prostředí a blízkých vztahu
- Šetření vlivu medikace a nežádoucích účinků
- Šetření kvality života

V rámci šetření u bipolární poruchy uvádí, že sociální pracovník se častěji setkává s lidmi, jejichž manické stavy jsou těžší. Tito lidé mohou v extrémních podmínkách působit jako zmatení. Podmět k intervenci dává většinou okolí. Často je těžké odlišit aktuální stav oproti vnějším životní situaci, okolnosti oproti nepřehledným vztahům a konfliktům. Rodina i pacienti mají tendenci situaci vysvětlovat vnějšími faktory. Na začátku onemocnění si lidé často „pomáhají“ alkoholem a není pak jasné, zda je primární závislost na alkoholu, či mánie.

Významné je šetření suicidality, rozsahu náhledu člověka na onemocnění, šetření sociální sítě, zvláště pak rodinné situace.

Dále u obsedantně-kompulzivní poruchy uvádějí, že nutkavé myšlenky a jednání jsou lidmi prožívány jako velmi nepříjemné až trýznivé. Jejich součástí jsou i pocity studu, které se promítají do častého nevyřčeného strádání. Někdy až šetření na místě, pozorování klienta v jeho přirozeném prostředí, může pomoci odhalit rozsah potíží (Probstová, Pěč, 2014).

Ohledně pacientů s hraniční poruchou osobnosti zde šetření není uvedené. Já osobně si dokáži pod šetřením pacientů s hraniční poruchou osobnosti představit určitý dozor nad aktuálními myšlenkami pacienta, z důvodu, že se mohou objevit sebevražedné sklony. Určitě zjistit aktuální stav pacienta, ve kterém se nachází, provést sociální šetření, jak v užším, tak širším okolí.

U poruch osobnosti je těžké je rozeznat, protože spolu souvisejí a navzájem na sebe působí.

2.3. Psychoterapie a farmakoterapie

Karel Dušek a Alena Večeřová-Procházková tvrdí, že psychoterapie je definována různými možnými způsoby. Nejvíce zlidověl výrok docenta Skály, že se jedná o unikát, v němž boduje terapeut a vítězí pacient. Také možno říci, že jde o určitou formu duševního aikidó, kdy terapeut využívá schopností pacienta-klienta v jeho prospěch. V nejširším smyslu jde o různé léčebné působení psychologickými prostředky. Psychoterapie v užším znění představuje záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta. Psychoterapeuti se starají o lidské záležitosti jako je život, jeho smysl, naplnění, pravda, vztahy. Pomáhají jedinci vyrovnat se s problémy života, najít sebe na základě pravdivějšího sebepoznání, seberealizovat se.

Za zakladatele psychoterapie jako oboru se považují P. Janet (1895-1947), který se věnoval hypnóze a formuloval teorii nevědomých a automatických duševních procesů a S. Freud (1856-1939), který je zakladatel psychoanalýzy.

Styl psychoterapie se dá rozdělit na direktivní a nedirektivní. Psychoterapie direktivní je přímé usměrňování jedince, jeho chování, postojů i myšlení, terapeut se definuje jako odborník, expert. V nedirektivní psychoterapii terapeut působí jako usměrňovací činitel jen vzdáleně. Terapeut zaujímá neutrální postoj a tím podněcuje léčeného ke slovní či emoční produkci. Dále se vyhýbá k udělování rad a doporučení. Terapeut se definuje jako průvodce.

Formy psychoterapie představují uspořádání, základní rámec, v kterém psychoterapie probíhá. Jedno z hledisek dělí terapii na terapii za hospitalizace. Rozlišujeme psychoterapii individuální a skupinovou. Zvláštní formou je terapeutická komunita, kde psychoterapie probíhá v rámci práce s velkou skupinou.

Prostředky psychoterapie představují konkrétní postupy a způsoby práce. Lze je také rozdělit na práci slovem, obrazem a akcí. Terapie slovem představuje terapii rozhovorem, terapie obrazem obsahuje techniky práce s fantazií, práce se sny, apod. Terapie akcí znamená techniky využívající činnost a nácvik relaxace, terapii hrou, apod. Další formou je podpůrná suportivní psychoterapie, která má vytvořit příznivé podmínky pro následné léčení.

V teorii si každý psychoterapeutický směr vytváří vlastní model fungování lidské psychiky, často s vlastní terminologií, a vlastní model vzniku a udržování psychických poruch jako jsou nevědomé konflikty, potlačené pudy, rané traumatické zážitky, trauma při porodu, či zážitky z minulých životů.

V praxi s liší délka a intenzita terapie, metody terapie, chování terapeuta.

Cíle psychoterapie jsou závislé na metodě podobné odstranit příznaky, vyřešit problém, naučit klienta mít příznak pod kontrolou, naučit se ho řešit, změnit postoj klienta k problémům, apod. Vždy se jedná o to, zmírnit pocit utrpení, zvýšit pocit pohody, zlepšit sebevědomí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Seznam hlavních směrů a metod psychoterapie nalezneme v příloze číslo 3. Nyní se budu věnovat farmakoterapii a i konkrétně psychofarmakoterapii.

Karel Dušek a Alena Večeřová-Procházková dále uvádějí, že větší množství psychofarmak má poměrně široké použití a jen minimální množství kontraindikací. Postupně se také mění názory na kontraindikace, například, že dříve byl glaukom považován za absolutní kontraindikaci podání anticholinergik, dnes se jako doplněk kauzální léčby používají některá sedativně působící psychofarmaka.

Psychofarmakon je každé léčivo, jehož hlavním účinkem, který je očekáván je změna psychického stavu. Z této definice ale nejde vyvozovat, že by všechny látky způsobující změnu psychického stavu patřily mezi psychofarmaka. Cannabis, alkohol a lysergid se dnes za léčiva nepokládají, i když mají na psychiku velký vliv. Proto se někdy hovoří o „psychoterapeutických léčivech“ jako o skupině látek, jejichž podání má za hlavní cíl odstranit psychické poruchy. Tento termín se ale v Evropě nevžil a zvláště u nás ho lze pokládat za nevhodný: psychoterapie je léčebná metoda, která využívá psychologických, nikoli farmakologických prostředků.

Dochází k polarizaci postojů veřejnosti k užívání psychoaktivních látek včetně psychofarmak a velký podíl na tomto postoji má i medicínské prostředí. Na jedné straně stoupá počet osob s opatrným až zcela odmítavým postojem k užívání léků ovlivňující psychiku a to včetně indikovaného předpisu. Na druhé straně se rozšiřuje počet těch, kteří mají drogovou minulost či zkušenost s tendencí užívat psychofarmaka stejně nekontrolovaným, nebezpečným a toxikomanickým způsobem. Spoustu pacientů má zdrženlivý až dokonce odmítavý postoj k přepisu syntetických psychofarmak nejen z obavy ze závislosti, často přehnaný a spojovaný i s léky, u nichž návyky nahrozí, ale také z důvodu pocitu, že se s nimi děje něco, co sami nemohou ovlivnit, nebo řídit.

Etiologie duševních poruch léčených psychofarmaky obvykle není zcela známa. Existuje však dostatek poznatků o jejich patofyziologii a k získání těchto vědomostí přispěla velkým dílem právě psychofarmaka. Z toho plyne, že psychofarmaka by měla být indikována podle svého mechanismu účinku. Psychofarmaka představují velmi obsáhlou skupinu léků rozdílné chemické struktury, účinku a indikací. Užívání je rozsáhlé po celé klinické medicíně. Jednotlivé podskupiny psychofarmak mají obdobný mechanismus účinku.

Klasifikace psychofarmak není jednotná, existují různé způsoby třídění, s nimiž se zájemci můžou seznámit ve specializovaných publikacích. Třídění podle Lehmana (1963) a Vinaře (1989), kteří třídí psychomarmaka podle jejich účinku a hlavní parametry psychických funkcí:

- Stav vědomí: hypnotika (-), psychostimulancia (+)
- Afektivitu: antidepressiva (+), anxiolytika (+), thymoprofylaktika (-), dysforika (-)
- Psychické integrace: antipsychotika (+), halucinogeny (+)
- Kognitivní a mnestické funkce: neuroprotektiva (+), kognitiva (+)

V této klasifikaci chybí malé a velké trankvilizéry, sedativa, ataraktika, antipsychotika a jiné názvy skupin psychofarmak, které jsou dnes pro naše podmínky obsolentní.

Dle publikovaných praxí je samotná farmakoterapie úspěšná v první fázi léčení až v 60% případů, do 12 měsíců je ale bez relapsu pouze 20% pacientů. Samotná psychoterapie je ale zejména u těžších a hospitalizovaných depresivních pacientů účinná méně a to asi ve 40%. Společně ale dosahují remise a u přibližně 75% pacientů, po roce zůstává v remisi asi 60% pacientů. Psychoterapie musí být rámcem, kde se realizuje veškerá lékařská péče. Ani ordinace psychofarmak nezbavuje lékaře povinnosti věnovat se psychoterapeuticky pacientovi (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Nyní jsme se seznámili s hlavními pojmy psychoterapie a psychofarmakoterapie. Nadále se budu věnovat konkrétním léčebným postupům k mým vybraným duševním poruchám.

U schizofrenie Václava Probstová a Ondřej Pěč uvádí, že příčiny a vznik onemocnění schizofrenií jsou multifaktoriální, to znamená, že se na rozvoji poruchy podílí řada různých faktorů, které se ale vzájemně ovlivňují. Tomu proto musí odpovídat i léčebné postupy, které ovlivňují biologickou, psychologickou i sociální stránku onemocnění a tvoří komplexní provázaný celek. Nejlepší cestou pro dosažení komplexní kooperující péče je spolupráce v multiprofesním týmu, v němž jsou svou odbornou specializací nezastupitelní rovněž sociální pracovníci.

Základem biologického přístupu u schizofrenie je léčba medikamenty – antipsychotiky, které snižují intenzitu a výskyt především pozitivních příznaků a upravují neklid. Ústup intenzity symptomů umožňuje lepší spolupráci v rámci sociální práce nebo rehabilitace. Klasická, tak zvaná antipsychotika I. generace (chlorpromazin, haloperidol, perfenazin) jsou postupně v klinických praxích nahrazována antipsychotiky II. generace (risperidon, olanzapin, quetiapin, clozapin). Klasická antipsychotika s sebou přinášejí i několik vedlejších účinků. Jde především o tak zvaný extrapyramidový syndrom, který se může projevit svalovou ztuhlostí, třesem, zpomalením pohybů a snížením mimiky. Po delší době podávání se mohou objevit mimovolní pohyby, např. kolem úst nebo končetin. Jiným nežádoucím příznakem může být vnitřní neklid, který se navenek projevuje např. popocházením, motorickým neklidem. Pacienti užívající antipsychotika I. generace mohou mít také potíže se zácpou, zadržáním moči, nebo nadměrným útlumem. Antipsychotika II. generace se obecněji snášejí lépe. Extrapyramidový syndrom se buď nevyskytuje nebo je mírnější. Zato ale mohou mít negativní vliv na metabolismus. Mohou zvyšovat chuť k jídlu, což velmi často vede k obezitě a sekundárně k cukrovce a cévním chorobám. Ostatními vedlejšími příznaky mohou být sexuální potíže nebo u clozapinu epileptické záchvaty. Sociální pracovníci by měli být obeznámeni s účinky a vedlejšími účinky farmak, někdy jsou s klienty v častém kontaktu a mohou v rámci své spolupráce upozornit v čas lékaře na některé negativní projevy medikace, které si klienti ani nemusejí uvědomovat či je někomu sdělovat. Antipsychotika je nadále zapotřebí užívat ještě několik let po odeznění akutních příznaků psychózy z profylaktických důvodů. Ale přesto 30-50% klientů léky proti radě lékaře užívání přestává, a hrozí tak relaps onemocnění. Proto se v některých případech podávají tak zvané depotní formy antipsychotik, které se aplikují injekční formou a jejich účinek obvykle přetrvává podle druhu farmaka 2-4 týdny. Proto je dobré, když se i sociální pracovník zapojí do podpory užívání medikace u klientů, vede rozhovory o účincích léků a věnuje pozornost tomu, zda klient léky pravidelně užívá či dochází na stanovené injekční aplikace.

V rámci psychoterapeutických přístupů se však většina uplatní až po stabilizaci akutní fáze nemoci. U schizofrenií se osvědčuje individuální psychodynamická psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, podpůrná psychoterapie, psychoedukace, skupinová psychoterapie, rodinná terapie, kognitivní rehabilitace, trénink sociálních dovedností apod. Velmi se užívá i kombinací různých přístupů a psychoterapeutických forem. Těchto kombinací je např. možné využívat v psychoterapeutických programech denních stacionářů, které plynule navazují na následnou rehabilitační a komunitní péči.

Nejdůležitějším efektem psychoterapie je kromě zmírnění symptomů snížení frekvence relapsů, zlepšení sociálních vztahů vytvoření další životní perspektivy, posílení osobní kontinuity a motivace k rehabilitaci a dalšímu sociálnímu nebo pracovnímu zapojení. V tomto smyslu mohou sociální pracovníci využívat spolupráce s psychoterapeuty. U některých klientů vázne v určité době i motivace ke vstupu do psychoterapie, ale zájem o ni se může objevit časem v dlouhodobém průběhu případového vedení.

Nejvýraznějším polem práce sociálních pracovníků jsou však přístupy na širší sociální úrovni, které sledují zapojení klientů do sociálního systému, ať už se jedná o psychiatrickou (psychosociální) rehabilitaci, komunitní péči nebo některé specializované postupy, např. asertivní komunitní léčba (Probstová, Pěč, 2014).

Lucie Bankovská Motlová a Filip Španiel v rámci léčby schizofrenie tvrdí, že cílem léčby schizofrenních onemocnění na prahu 21. století již není pouze odstraňování symptomů, ale „úzdava“. Úzdava je velice subjektivní pojem, který znamená nejen absenci příznaků, ale i schopnost obstát v životních rolích. Studie ukazují, že takto definované úzdravy lze dosáhnout v rámci kombinace farmakoterapie a psychosociálních intervencí. Základním pilířem je farmakoterapie antipsychotiky. Antipsychotika odstraňují příznaky preventivně působí proti relapsu. Od psychosociálních intervencí se očekává ovlivnění problémů, které farmakoterapie samotná nevyřeší. Dále potřebujeme dlouhodobé intervence, díky nimž uhlídáme časné varovné příznaky.

Kde se poskytuje léčba?

- Prevence relapsů je nejdůležitějším prvkem psychiatrické ambulantní péče.
- Ke zvládnutí akutní fáze nemoci je určena hospitalizace. Cílem hospitalizace je krátký stabilizační pobyt. V současné době patří průměrná hospitalizace v ČR k nejdelším v Evropě, jedná se o 114 dní.
- Denní stacionář poskytuje péči ve stabilizační fázi onemocnění, tedy v počínající remisi. Denní stacionář poskytuje plynulý přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí a zajišťuje kontinuitu péče.
- Komunitní služby zajišťují vhodné chráněné prostředí a dlouhodobou psychiatrickou rehabilitaci (Bankovská Motlová, Španiel, 2013).

Eva Češková uvádí fáze a cíle léčby. Schizofrenní porucha je proces, který prochází různými fázemi, jež vyžadují odlišnou strategii a taktiku. Ve všech fázích léčby by léčba měla splňovat toto:

- Aplikace léčby s účinností založenou na důkazech
- Měřitelný efekt

- Komplexní (kromě farmakoterapie, psychosociální intervence a péči o tělesné zdraví)
- Individualizována

Akutní léčba se řídí těmito obecnými zásadami:

- Začít co nejdříve léčbu antipsychotikem v monoterapii
- Léčit dostatečnou dobu a v dostatečné dávce
- Od počátku by měla být léčba komplexní, což znamená kombinace farmakoterapie a psychosociální intervence

Dle současných názorů se adekvátní doba pohybuje v rozmezí 2,6-5,5 týdnů.

Cíle akutní léčby u farmakoterapie jsou: odstranění pozitivních příznaků, pokud možno bez rozvoje EPS, anebo eliminace těchto příznaků podáním antiparkinsonik.

Cíle akutní léčby u psychosociální intervence jsou: minimalizace stresů, jasná komunikace, strukturované prostředí, tolerance, podpora, informace o léčbě, výzva ke spolupráci, navázání vztahů s rodinou, edukace.

S dobrou prognózou jsou spojovány některé faktory sociodemografické a klinické faktory.

Pokud byl nemocný léčen a došlo k relapsu onemocnění, tak se nejprve snažíme zjistit příčiny relapsu.

Fáze stabilizace u farmakoterapie: obnovení normálního fungování, v této době propouštíme nemocného z hospitalizace a je zapotřebí si uvědomit, že je vysoce náchylný k relapsu. Psychosociální intervence je nadále suportivní, je méně strukturována a direktivní.

Snažíme se dále o edukaci ohledně průběhu, prognózy, komplikace. Také neklademe nadměrné nároky na zapojování do života a rehabilitaci, snažíme se udržet fungování získaného zlepšení, aby byl prostor pro naději a další pokrok jak v očích nemocného, tak rodiny.

Fáze stabilní u farmakoterapie: dlouhodobá, udržovací léčba minimálními účinnými dávkami s cílem prevence relapsu, dosažení remise a udržení remise. Snažíme se dosáhnout funkční úzdravy při zlepšení kvality života.

Psychosociální intervence v rámci fáze stabilní by měla být cílena na rodinu, nemocného se snažíme pracovní zapojit, z psychotherapeutických přístupů je vhodná kognitivně behaviorální psychoterapie, kognitivní rehabilitace.

V rámci udržovací léčby existují minimálně dvě strategie:

1. Kontinuální udržovací léčba

2. Cílená léčba (zahajována vždy až při prvních známkách hrozícího relapsu)

Ohledně cílené léčby jsou AP nasazována opakovaně až při iniciálních projevech relapsu.

Významný aspekt je kvalita života a schopnost začlenit se do společnosti. Jediným indikátorem by neměl být relaps (Češková, 2012).

Václava Probstová a Ondřej Pěč v rámci léčby manické poruchy tvrdí, že biologická léčba je nezbytná zvláště u těžších fází mánie a bipolární poruchy (lithium, antikonvulzína, některá novější antipsychotika). U těžších fází mánie v našich podmínkách, kdy domácí léčba není možná, je nezbytná hospitalizace. Ale už během hospitalizace je potřeba připravit návaznost další péče.

Psychoterapie: studie ukazují na význam psychoterapie a zejména na navázání dobrého vztahu s člověkem s mánií nejen pro profylaxi recidiv, ale i pro dlouhodobější změnu jeho fungování. V prvních fázích může být úkolem pomoc s pocity viny a studu, strachu z recidivy, později v dlouhodobém kontextu práce se změnou prožívání smutku, ztrát, možností vztahovosti, ale také se změnou ideálu sama sebe. Velmi důležitý je individuální přístup.

Sociální úroveň: Práce s rodinou je velmi důležitou součástí léčby, včetně profylaxe recidiv. Pocit jistoty a stability hraje v životě lidí s mánií důležitou roli. Vztahy v rodinách mohou být komplikované, občas i rodinný příslušníci trpí obdobnými potížemi. Sociální pracovník je často tlačěn do role soudce či rozhodčího. Role sociálního pracovníka je důležitá také v procesu psychoedukace, a to jak pacienta, tak i jeho rodiny. Sociální pracovník přináší širší pohled na příčiny onemocnění, jeho kontext a dopady, protože pracovník nebývá úzce soustředěn na symptomy a jejich kontrolu (Probstová, Pěč, 2014).

MUDr. Livia Vavrušová a kolektiv dále o léčbě bipolární poruchy uvádí, že antipsychotika si od poloviny minulého století našla své pevné místo v léčbě bipolární poruchy. V Evropských zemích se při léčbě akutní mánie desetiletí používají antipsychotika jako první volba. Antipsychotika II. generace mají jinou chemickou strukturu než antipsychotika I. generace a mají výhodnější profil nežádoucích účinků, jsou vhodné k léčbě manických stavů a mají místo i v léčbě depresivní epizody bipolární poruchy.

Léčba bipolární poruchy je velmi složitá. Je nutné vždy brát v úvahu několik faktorů, jako charakter epizody, závažnost epizody, průběhové charakteristiky onemocnění, stejně jako skutečnost, zda jde o akutní nebo udržovací léčbu.

Bipolární porucha má dvě dominantní epizody a to manickou a depresivní. Její léčba je těžká, komplikuje ji dlouhé období do řádného stanovení diagnózy a je provázena somatickou i psychiatrickou komorbiditou. Tradiční tymoprofylaktika jako lithium, karbamazepin, valproát a antipsychotika I. generace mají spoustu vedlejší účinky, pro něž selhává compliance i léčba. V terapii mánie se již potvrdila účinnost antipsychotik II. generace jako olanzapinu, risperidonu, quetiapinu, ziprasidonu a aripiprazolu (Vavrušová a kol., 2004).

V rámci léčby obsedantně-kompulzivní poruchy Václava Probstová a Ondřej Pěč uvádí, že používaná je biologická léčba, zejména léčba antidepressivy. Při budování terapeutického vztahu v léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy má svou roli psychoedukace. Sociální pracovník se může podílet i na psychoedukaci jak klienta, tak i jeho blízkých. Dynamická terapie se věnuje zejména práci s přenosnou problematikou, kognitivně behaviorální terapie může být úspěšná v léčbě nutkavého jednání. Doménou práce sociálního pracovníka je oblast práce s rodinou, která je zaměřena na stresory, jež mohou symptomy vyvolávat nebo až zvyšovat. Lidé s těžším průběhem poruchy mohou mít velké problémy se splněním základních životních potřeb jako je například péče o zdraví, hygienu, základní zabezpečení, apod.). V případech těchto těžších stavů, kdy průběh poruchy naplňuje kritéria dlouhodobého duševního onemocnění, sociální pracovník poskytuje komplexní péči, která se nezřídka blíží svým rozsahem práci s lidmi se schizofrenním onemocněním (Probstová, Pěč, 2014).

Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký a Jana Vyskočilová ohledně léčby obsedantně-kompulzivní poruchy tvrdí, že OCD lze léčit psychoterapií nebo farmaky. Psychofarmaka nevyžadují složitější spolupráci s pacienta kromě užívání medikace. U lehčích forem má přednost psychoterapie, pokud je ale dostupná. U těžších forem je ale na místě kombinace. Řada faktorů hraje roli ve výběru přístupu k léčbě. Především je to správná diagnostika obsedantně-kompulzivní poruchy a komorbidních poruch. Důležité je tělesné vyšetření, aby se vyloučilo somatické onemocnění a to by mělo být součástí běžného diagnostického postupu. Dalšími důležitými faktory v rozhodování o terapeutické přístupu je přítomnost tělesné choroby, gravidity, komorbidní psychické poruchy, závislosti, současně užívané léky, léková anamnéza. O přístupu k léčbě rozhodují také preference pacienta, dostupnost léčby nebo pacientova finanční situace (Praško, Grambal, Šlepecký, Vyskočilová, 2019).

Kaplan a Hollander uvádí, že terapie se zpravidla uzpůsobuje specificky podle potřeb pacienta. Základní volby v léčbě OCD jsou dvě a to kognitivně-behaviorální terapie a

léčba serotonergními antidepresivy. Obě tyto volby k dokonalosti mají daleko. Řada pacientů není ochotna vydat se cestou poměrně těžké práce při expoziční léčbě v průběhu KBT. Antidepresiva sice z pravidla vedou ke zlepšení stavu u 65-70% pacientů, ale většinou nelze mluvit o dosažení remise, jelikož ta je spíše vzácností (Kaplan, Hollander, 2003 in Praško, Grambal, Šlepecký, Vyskočilová, 2019).

Dále Ján Praško, Aleš Grambal, Miloš Šlepecký a Jana Vyskočilová tvrdí, že můžeme rozlišit akutní fázi léčby, kdy jde zejména o snížení obsesí, kompulzí a odstranění vyhýbavého a zabezpečovacího chování, aby měl pacient více svobody v životě a nebyl handicapovaný příznaky. Stabilizační fáze léčby nastává, kdy jsou dosažené změny konsolidovány. Udržovací fáze léčby při které jde o dlouhodobé udržení dosažených změn i přes stresy a úskalí života.

Akutní fáze léčby: za tuto fázi léčby se u OCD považuje období od zahájení léčby do dosažení klinicky významného ústupu příznaků nebo do vymizení symptomů. Léčba obvykle začíná administrací antidepresiva ze skupiny inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu SSRI nebo klomipramin nebo kognitivně-behaviorální terapií. KBT obvykle probíhá jednou či dvakrát týdně. Jednotlivá sezení mohou být v rozmezí 45-120 minut dlouhá. Při optimálním účinku léčby trvá tato fáze obvykle kolem 12 týdnů, což vychází na na rozmezí 16-24 sezení. Může ale také trvat několik měsíců i rok.

Stabilizační fáze léčby: psychofarmaka, která pomohla v akutní fázi léčby, podáváme dále ve stejné dávce v rozmezí 12-18 měsíců. Roční pokračování, byť s menší frekvencí návštěv je vhodné také při kognitivně-behaviorální léčbě. Pacient má být poučen o tom, že v expozičních v domácím prostředí či v kognitivní rekonstrukci má pokračovat nejméně rok po ukončení akutní fáze léčby. Kontroly s psychoterapeutickým vedením jsou vhodné zpočátku jednou týdně, a poté jednou za 14-30 dní. Vhodná může být i následná skupinová psychoterapie, která je zaměřená na řešení problémů pacienta (Praško, Grambal, Šlepecký, Vyskočilová, 2019).

V rámci udržovací fáze léčby Kosová a Praško tvrdí, že u mírných forem OCD a při čisté remisi trvající nejméně rok můžeme dávku antidepresiv postupně vysazovat. Při terapii chronické OCD, s parciálními remisemi či dalšími rizikovými faktory, pokračujeme s udržovací dávkou i léta (Kosová, Praško, 2008 in Praško, Grambal, Šlepecký, Vyskočilová, 2019).

Edmund J. Bourne uvádí současnou léčbu obsedantně-kompulzivní poruchy jako: Návčik relaxace: Stejně jako u všech ostatních úzkostných poruch se i v tomto případě

každodenně provádí břišní dýchání a techniky hluboké relaxace ke zmírnění symptomů úzkosti.

Kognitivní terapie: se zaměřuje na odhalování úzkostných myšlenek, pocitů viny a pověřivého myšlení, které se pojí s nutkavými myšlenkami, a na jejich zpochybňování a nahrazování více podporujícími myšlenkami.

Psychofarmakoterapie: Anafranil a léky ze skupiny SSRI, k nimž patří Prozac, Luvox, Lexapro, Cymbalta a Zoloft, pomáhají cca 60 až 70% postiženým OKP. U obsedantně-kompulzivní poruchy je vcelku časté dlouhodobé užívání léků, ačkoli v některých případech může stačit kognitivní terapie a prevence kompulzivní reakce. Účinné dávky léků ze skupiny SSRI bývají v případě OKP obvykle vyšší než u jiných úzkostných poruch a pozitivní účinky těchto léků se dostávají teprve po 2 až 3 měsících užívání zmírněných vyšších dávek. Také se ukázalo, že vhodným doplňkem léčby OKP u některých pacientů mohou být i nízké dávky antipsychotik, k nimž patří například Zyprexa nebo Risperdal, což naznačuje, že při vzniku OKP hrají také roly dopaminové receptory. Užívání léků ze skupiny SSRI je často běžnou součástí léčebného postupu pro obsedantně-kompulzivní poruchu. Je nezbytné tyto léky užívat dlouhodobě, neboť jejich vysazení či nepravidelné užívání často vede k návratu původních symptomů OKP (Bourne, 2017).

Silk a Feurino ohledně léčby hraniční poruchy osobnosti tvrdí, že stále platí, že neexistují specifické léky pro tuto poruchu osobnosti. Přesto 90% pacientů vzhledem ke specifické komorbidní poruše dostávají léky. Farmakologická léčba pacientů s hraniční poruchou osobnosti může být různorodá, protože závisí na převažující symptomatologii, jako je úzkostnost, poruchy nálad, impulzivita, kognitivně-percepční změny či jiných formách akutní symptomatologie (Silk, Feurino, 2012 in Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

Nadále APA uvádí, že ve srovnání s jinými psychiatrickými poruchami je výzkum v oblasti psychofarmakologie poruch osobnosti stále ještě „v plenkách“. Doposud bylo provedeno jen omezené množství klinických studií, často s malou velikostí vzorku, a důkazy o ústupu příznaků jsou malé. Nejrozsáhlejší studie farmakoterapie poruch osobnosti zkoumaly poruchy klastru B, zejména HPO, a schizotypální poruchu osobnosti v klastru A. Tradičně byli pacienti s poruchou osobnosti doporučováni k léčbě psychoterapií a předpokládalo se, že na farmakologické intervence nereagují dostatečně, přitom nebyly ani jasné výsledky psychoterapeutických přístupů. Nicméně pokrok v této oblasti v posledních třech desetiletích zrelativizoval tento daný pohled. Přístup biologický

k poruchám osobnosti zpochybnil tradiční dělení na diagnózy na ose I. a II. a vedl k jeho odstranění v DSM-5 (APA, 2013 in Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

Grambal, Praško a Kasalová uvádí, že:

- Farmakologická léčba hraniční poruchy osobnosti by měla být zaměřena na definované příznaky.
- Léčba daným léčivem by měla trvat dostatečnou dlouhou dobu k posouzení, že přináší nějaké výhody, ale měla by být zastavena, nebo změněna, pokud nejsou žádné výhody patrné
- Polypragmazie není podložena žádnými důkazy a proto je třeba se jí vyhnout, kdykoliv je to možné.
- Zvláštní pozornost by měla být věnována toxickým účinkům pro případy předávkování jako například tricyklická antidepresiva a potenciálu pro zneužívání nebo vznik závislosti jako například hypnotika a sedativa.
- V přítomnosti komorbidní poruchy je na místě léčit poruchu pomocí standartních postupů (Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

APA ohledně psychoterapie uvádí, že přístupů k léčbě pacientů s poruchami osobnosti je celá řada, ale málokterý psychoterapeutický směr prokázal svůj efekt u hraniční poruchy osobnosti. Přesto je psychoterapie pro léčbu poruch osobnosti první volbou. Hraniční porucha osobnosti je jedinou poruchou osobnosti, pro kterou byly vytvořeny manualizované terapeutické programy, které mají empirickou podporu pro svou účinnost (APA, 2001 in Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

Podpůrná psychoterapie: K vyhledání terapie pacienty s hraniční poruchou osobnosti zpravidla nevede nestabilita ve vztazích, ale krátkodobé afektivní dekompenzace nebo rozvoj aktuální komorbidní poruchy tvrdí Grambal, Praško a Kasalová. K hospitalizaci dochází skoro pokaždé v rámci krizové intervence, proto bývá počátek terapie zaměřen tímto směrem. Pacient mívá problém vnímat terapeuta jako někoho, s nímž má spolupracovat a kdo mu chce pomoci. Klient často přichází s očekáváním, že terapeut vyřeší jeho problém za něj. Na zklamání reaguje klient impulzivně hněvem nebo agresí, případně autoagresí. V rámci dlouhodobého vedení je podpůrná psychoterapie směsí empatie, podpory, povzbuzování, trpělivé klarifikace, edukace a laskavého, ale stálého vymezování hranic.

Egopsychologie a terapie zaměřená na přenos: Od 16 do 30 měsíců začínají děti zkoumat svět kolem sebe a opatrně se pouštět dále od rodičů, ale vracejí se zpět pro bezpečí a uklidnění. Matka, která si vykládá návraty dítěte jako nesamostatnost a odmítá je

zpět přijmout nebo ho za návrat kritizuje, tak může ohrozit jeho budoucí pokusy o zkoumání světa.

Termín „hraniční“ zprvu odpovídal „hranici“ mezi neurózou a psychózou. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti byli původně vnímáni jako atypická forma schizofrenních pacientů. Koncepce této poruchy se však dále vyvíjela a v současné době je i zdrojem mnoha nepřesností a z určitého pohledu se někdy stává diagnostickým „odpadkovým košem“ pro obtížné pacienty, kteří jsou touto diagnózou nálepkováni.

Mentalizační terapie: Mentalizace je schopnost vykládat činy jako smysluplné na základě „záměrných duševních stavů“. Schopnost mentalizace pomáhá rozlišit vnější obsahy od vnitřních a významně souvisí se schopností regulace afektů, protože snižuje emoční zkreslení interpretace vlastních činů i činů jiných a zvyšuje porozumění emoční reakci druhé osoby na jedincovy projevy (Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

Seligman a Reichenberg uvádí, že gestal terapie nemá v úmyslu klienta měnit, terapeutova role je klientovi pomoci uvědomit si, co právě teď prožívá a potřebuje. Zaměřena je tedy na vztah já-ty v situaci tady a teď (Seligman, Reichenberg, 2006 in Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

Kognitivně-behaviorální terapie se dle slov Grambala, Praška a Kasalové soustředí na nácvik dovedností zvládat své emoční stavy a impulzivní chování a systematicky řešit problémy.

Dialektická behaviorální terapie: Podle této teorie je pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti typické, že se díky emocionální diskvalifikaci v dětství nemohli naučit správně zvládat své emoce a nyní díky emoční nestabilitě přehnaně reagují na podněty, které cítí jako ohrožující jejich hodnotu, bezpečí nebo identitu.

Terapie zaměřená na schémata: Tento integrativní přístup se rozvíjí na základech KBT a integruje v sobě prvky kognitivně-behaviorální terapie, attachmentu, gestaltu, teorie objektivních vztahů, konstruktivismu a psychoanalytických škol do bohatého a jednotného koncepčního a léčebného modelu (Grambal, Praško, Kasalová, 2017).

V této podkapitole jsem se zaměřila na psychoterapii, farmakoterapii a na psychofarmakoterapii u mnou vybraných poruch. Mohli jsme se dozvědět různé dané léčebné postupy u duševních poruch, jaká jsou dávana léčiva a využívané terapie. Také jsme byli seznámeni s možnými vedlejšími účinky a s varováním, že určitě není dobré přerušovat či si sám upravovat léčbu.

Samotná léčba ale není vždy výhrou, je nutné dodržovat následná doporučení a vyvarovat se rizikovým situacím.

Nadále se v kapitole „Možnosti léčby duševních poruch“ budu věnovat opatrovnickví osob s duševní poruchou.

2.4. Opatrovnictví osob s duševní poruchou

Šedivec uvádí, že přístupy k péči o duševně choré je třeba hodnotit v kontextu vývoje lékařské vědy. První zmínky o duševních poruchách a jejich léčbě se nacházejí v nejstarších písemných památkách starověku, například ve staroegyptských papyrech, na starobabylónských klínopisných tabulkách, v řecké mytologii, ve Starém zákoně, apod. Duševní choroby byly ve starověku vysvětlovány nadpřirozenými příčinami, božím trestem nebo napadením zlými démony a duchy. Péče o duševně choré ve starověku spočívala především v nošení talismanů, amuletů a v rituálním zařikávání, a tím vyhánění zlých démonů z těla postiženého (Šedivec, 2008 in Juričková, Ivanová, Filka, 2014).

Jesenský tvrdí, že přístup k péči o osoby s duševní poruchou v 15. až 16. století byl humánně filantropický (Jesenský, 2000 in Juričková, Ivanová, Filka, 2014).

Nové myšlenkové proudy v lékařství v 17. a 18. století byly spjaty s počátky rozvoje přírodních věd uvádí Vencovský. Lékaři vysvětlovali co se děje v lidském těle ve zdraví a nemoci fyzikálními a chemickými procesy. Duševní poruchy považovaly za choroby mozku (Vencovský, 1983 in Juričková, Ivanová, Filka, 2014).

Jesenský dále uvádí, že přístup k péči o osoby s duševní poruchou v 19. a 20. století lze charakterizovat jako rehabilitačně emancipační (Jesenský, 2000 in Juričková, Ivanová, Filka, 2014).

Dle Vágnerové k pochopení dynamiky vývoje různých psychických odchylek a poruch je třeba vědět, jaká je příčina jejich vzniku, které faktory k jejich rozvoji přispívají a co je naopak může ovlivnit žádoucím způsobem. Hranice normy je pohyblivá, normalita může být posuzována podle několika různých kritérií v závislosti na okolnostech, které toto hodnocení vyžadují (Vágnerová, 2008 in Juričková, Ivanová, Filka, 2014).

Juričková tvrdí, že za osoby zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům často žádají o přiznání příspěvku na péči jejich opatrovníci. Jedním z důvodů je potřeba umístění v domě s pečovatelskou službou nebo v jiném sociálním zařízení podobného typu, kdy ne ojediněle podmínkou k přijetí je přiznání alespoň prvního stupně závislosti, respektive příspěvku na péči (Juričková, 2012 in Juričková, Ivanová, Filka, 2014).

Dále dle tvrzení Lubice Juríčkové, Kateřiny Ivanové a Jaroslava Filka podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, to je i osobám s duševní poruchou, prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Poskytování sociálních služeb: Důvody sociálního vyloučení jsou způsobeny dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem nebo také nepříznivou sociální situací. V případě dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu jsou většinou využívány služby sociální péče, jako pečovatelská služba, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, apod. a v případě nepříznivé sociální situace služby sociální prevence jako jsou azylové domy noclehárny, sociálně terapeutické dílny, apod. Sociální poradenství intervenuje ve všech situacích, které člověk nedokáže sám zvládnout (Juríčková, Ivanová, Filka, 2014).

Příspěvek na péči: je odstupňován podle míry závislosti, přičemž jeho hodnota je odvozena od obvyklých nákladů spojených s péčí, uvádí MPSV. Příspěvek na péči umožňuje zabezpečovat péči v přirozeném prostředí postiženého. Optimálním modelem je sdílení péče mezi neformálním pečujícím prostředím, to je rodina nebo jiné pečující osoby, a registrovanými poskytovateli sociálních služeb (MPSV, 2010 in Juríčková, Ivanová, Filka, 2014).

Juríčková uvádí, že dospělé osoby trpící duševní poruchou bývají často omezováni ve způsobilosti k právním úkonům nebo úplně zbavováni způsobilosti k právním úkonům a zároveň jim bývá pravomocně ustanoven opatrovník. Tyto zmíněné dospělé osoby jsou klíčovými aktéry systému opatrovnictví (Juríčková, 2012 in Juríčková, Ivanová, Filka, 2014).

V této podkapitole jsme se mohli dozvědět něco málo z historie duševních poruch. Přišlo mi to velmi zajímavé a určitě je dobré vědět, že duševní poruchy nejsou novodobou záležitostí, ale něčím čím se lidstvo potýká již po staletí. Také jsme se dozvěděli něco o poskytování sociálních služeb a příspěvku na péči.

Opět se dostáváme také k tomu, že duševní poruchy jsou velmi závažnou nemocí, kdy postižení bývají často omezováni ve způsobilosti, nebo dokonce i zbaveni způsobilosti k právním úkonům.

3. Metody sociální práce

3.1. Metody sociální práce používané u klientů s duševní poruchou

Oldřich Matoušek a kol. uvádí, že pod pojmem metody sociální práce rozumí většina západních autorit i našich odborníků postupy vázané na:

- Cílový subjekt jako práce s jednotlivcem, skupinou, rodinou, komunitou atd.
- Jeho aktuální situaci jako sociální znevýhodnění na začátku života, předvídatelné a nepředvídatelné sociální události
- Relevantní vztahový kontext jako vrstevnická skupina, rodina, organizace
- Někdy i na systémové vztahy jako regionální, národní či nadnárodní sociální politiku

Držíme se tohoto pojetí, i když implikuje poměrně volné spojení mezi teorií a praxí a ve svých důsledcích praxi sociální práce nadřazuje teoriím.

Sociální práce se v západních zemích zatím příliš nespecifikuje. Vzdělávací programy se obvykle snaží u studentů podpořit většinu kompetencí, i když se obecně uznává, že pro nejnáročnější úkoly by měl mít sociální pracovník nejvyšší možné vzdělání.

Případová práce: je zaměřená na případ, na jedince, je v oblasti sociální práce často uplatňovaným přístupem. Zejména v problematice duševního zdraví, vývojových poruch, ve sféře dlouhodobé péče, ve službách pro seniory, přistěhovalce nebo také v péči o lidi nakaženém virem HIV nebo o nemocné AIDS.

Případová práce vznikla jako reakce společnosti na potřebu změnit způsob poskytování sociálních služeb, který v minulosti byl manipulativní. Soustředění na jedince a jeho rodinu otevřelo nová témata v sociální práci. Jako nezbytné se prokázalo vycházet z těch možností, které má klient sám k dispozici. Tyto jeho možnosti a schopnosti je nutné rozpoznávat a aktivizovat, podporovat jeho vlastní sílu, a především spolu s klientem nalézt jeho potenciál k řešení problémové situace, v níž se ocitl. Základem případové práce je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, komunitě, společnosti, kultuře, a také znalost těch sociálně-zdravotnických služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek. Případová práce staví na filozofii sociální práce, ale také vychází i její praxe. Důležitou součástí teoretické báze případové práce jsou vědy o člověku. Velmi významně k jejímu rozvoji přispěly dynamická a sociální psychologie, ego psychologie, psychiatrie, sociologie a kulturní antropologie.

Případový pracovník musí dobře znát možnosti, nabídky a poslání nejrůznějších institucí poskytujících sociální služby, stejně jako způsoby, jak s nimi komunikovat a jak klienty na ně odkazovat.

Úkolem případového pracovníka je zabývat se komplikovanými problémy klienta v celé šíři.

Případová práce se zabývá řešením takových problémů, které klienta spoutávají a omezují optimální využívání jeho vnitřních a vnějších možností. Některé problémy jsou dány z prostředí. Další problémy jsou mezilidské, zejména rodinné, ty tvoří hlavní oblast případové práce. Další skupinou jsou problémy vnitřní, intrapsychické.

Případová práce zahrnuje:

- Sociální studii
- Vyšetření
- Intervenci
- Ukončení (Matoušek a kol., 2008, 2013).

Case-management: zahrnuje časově omezené plánování pomoci jednotlivcům nebo rodinám v komplexních problémových situacích, tvrdí Neuwied, Kriftel a Luchterhand. Protože tyto situace mohou být jen z mála uspokojeny nabídkami jediného pracoviště, vyžadující plánování a realizace pomoci nasazením více druhů služeb a nabídek pomoci poskytovaných sociálními pracovníky státních i nestátních subjektů. Case-management je vnímán jako odklon od terapeuticky zaměřeného poradenství. Obsahuje navázání kontaktu s klientem, dále zhodnocení stavu, zprostředkování služby, ukončení práce a evaluaci (Neuwied, Kriftel a Luchterhand, 2001 in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Gabriela Mahrová, Martina Venglářová a kol. uvádí, že case-management je dále také specifická metoda komunitní práce, která spočívá v koordinaci péče pro klienta jedním klíčovým pracovníkem. Case manager je klíčová osoba nejen pro klienta, ale i pro celý systém poskytování péče, je koordinátorem práce týmu a odpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče. Úkolem case managera je to, aby klient využíval ze systému dostupné komunitní péče pro něj vhodné prvky a jednotlivé organizace a pracovníci zajišťující tuto péči navzájem spolupracovali a informovali se. Také má zajistit, aby péče nebyla chaotická, bez řádu a smyslu a klient systém sociální péče nezneužíval (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Práce se skupinou: skupina je pro člověka nezbytným a ničím nenahraditelným sociálním útvarem, bez něhož by po svém narození nepřežil, uvádí Oldřich Matoušek.

Potřeba kontaktu s druhými je zásadní a nepostradatelná po celou dobu života. Základní součástí lidské existence je bytí ve skupině.

Skupiny poskytují mnoho příležitostí ke sdílení pocitů, zkušeností, myšlenek a k výměně nebo shromažďování informací (Matoušek a kol., 2008, 2013).

Dále Kopřiva tvrdí, že pracovat se skupinou je kompetencí sociálních pracovníků. Facilitují skupiny léčebné, podpůrné, edukativní, skupiny zaměřené na cíl, skupiny pracovní a skupiny rekreační. Pro sociální pracovníky je skupinová práce jednou ze základních metod práce. Objevuje se v rozmanitých podobách, vždy je ale důležité aby skupinový sociální pracovník investoval do skupiny svůj vztah (Kopřiva, 1997 in Matoušek a kol., 2008, 2013).

Dle Oldřicha Matouška je skupinová sociální práce metoda sociální práce, která se snaží informovaným způsobem skrze záměrnou skupinovou zkušenost pomáhat jednotlivcům a skupinám uspokojovat individuální i skupinové potřeby a ovlivňovat i měnit osobní a skupinové problémy a problémy organizací a komunit.

Jedná se o skupiny, které byly vytvořeny sociálními pracovníky se záměrem intervenovat konkrétním způsobem, který by pomáhal jednotlivcům, skupinám, organizacím či komunitám, jsou to skupiny jež se setkávají na určitém místě v určený čas, aby pracovaly na společném záměru. Skupinová práce má mnoho různých podob. Danou definici lze použít i pro skupiny, které nejsou navštěvovány zcela dobrovolně, jako například skupiny delikventů.

Práce s rodinami: sociální pracovník poskytující pomoc musí počítat s obranným postojem zejména u dospělých členů rodiny. Ochota členů rodiny docházet na sezení do instituce poskytující odbornou pomoc není vysoká. Mnohoproblémové rodiny často nedodržuje dohodnuté termíny, popřípadě se nedostaví na pozvání, proto je vhodnější s nimi pracovat v domácím prostředí. Nutnou podmínkou je souhlas dospělých členů dané rodiny. V domácím prostředí má rodina pocit jistoty. V průběhu prvních kontaktů má přitom profesionál nevyhnutelně roli návštěvníka a měl by ji akceptovat.

Zásadní věc je samozřejmě získání důvěry, mnohoproblémová rodina za sebou může mít sérii kontaktů s různými pracovníky a organizacemi, kteří se angažovali v řešení některých rodinných problémů. Během prvních kontaktů se vyplatí zjistit, s kým rodina byla v kontaktu a jak tento kontakt vnímala. Je možné, že i v okamžiku, kdy se s rodinou začíná pracovat, je mnohoproblémová rodina paralelně napojena na několik jiných organizací, respektive pracovníků. I o tomto je nutné vědět a dohodnout rozdělení

kompetencí. Určitý pracovník jedné organizace má mít funkci koordinátora. Pokud se to nepodaří, rodinný chaos bude nejspíše umocňován chaosem nekoordinovaných intervencí.

Stejně jako v případové práci má při terapii mnohoproblémových rodin platit zásada „začít od toho, kdo je klient“. Pokud je to možné, má podpora rodiny začít od cílů, které je ochotna a schopná definovat. Toto vodítko lze, a v některých případech je dokonce nutné opravit vzhledem k normám definovaných v zákonech, popřípadě vzhledem k zájmům jiných osob.

Při pokusu o stanovení cíle se většinou vynoří cílů několik. V tom případě je třeba mezi nimi určit priority. Ve většině případů se jako priorita často objeví základní existenční zajištění rodiny a zvládnání základních provozních úkonů. Je vhodné začít práci s mnohoproblémovou rodinou pokud možno z této roviny – tedy od záležitostí týkající se práce, docházky dětí do školy, hospodaření s penězi, jídla, hygieny, péče o zdraví a dopravy.

Komunitní práce: je v našich podmínkách poměrně novou formou sociální práce, ve světě má přibližně stoletou tradici.

Definice komunity: „Komunita je vymezena hranicemi (mohou být geografické, politické, ekonomické nebo sociální), postavena na pilířích (sdílené hodnoty, společné kulturní dědictví, společné zájmy nebo problémy) a má strukturu (to je formální a neformální organizace a sociální uskupení, skrze něž obyvatelé vykonávají určité funkce“.

Komunitní práce je metoda velmi univerzální, lze jí řešit místní problémy v oblasti sociálních služeb a zdravotní péče, etnického napětí, vzdělávání, ale také i sousedských vztahů, životního prostředí apod. Komunitní práce je také velmi variabilní. Každá situace vyžaduje odlišné řešení, které je do velké míry nepřenositelné do jiných situací. To klade velký důraz na kreativitu komunitního pracovníka, realizačního týmu a také i obyvatel komunity.

Komunitní péče: jde při ní o směřování k takovému uspořádání služeb jako zejména zdravotních a sociálních, ale také například vzdělání, doprava apod. pro skupiny „na okraji“ což jsou osoby hendikepované, senioři, duševně nemocní apod., aby mohly zůstat se svým hendikepem ve své komunitě a žít v ní plnohodnotný život. Tento přístup je opakem institucionální péče, která předpokládá, že péče v ústavu je lepší.

Komunitní přístup: akceptuje tu stránku komunitních procesů, které se týkají spolupráce sektorů jako velkých i malých podniků v místní komunitě, drobných podnikatelů a místních občanů (ať už organizovaných v různých neziskových organizacích, nebo neorganizovaných) – při vyvolání změny na místní úrovni.

Proces komunitní práce:

- Zjišťování a analýza potřeb
- Plánování
- Realizace
- Vyhodnocení

Na komunitního pracovníka jsou s rozvojem komunitní práce kladeny čím dál větší požadavky, jak na znalosti, tak na jeho profesionální dovednosti. Je výhodné, když má komunitní pracovník znalosti z filozofie, sociologie, psychologie, sociální práce, sociální politiky a ekonomie (Matoušek a kol., 2008, 2013).

Psychiatrická rehabilitace: Gabriela Mahrová, Martina Venglářová a kol. uvádí že, cílenou rehabilitaci prováděnou již v podmínkách nemocniční péče lze pacienty připravit na přechod do původního sociálního prostředí. Své místo má zde rozumný režim oddělení, který má být co nejvíce smysluplný, má umožňovat pacientům podílet se na chodu oddělení jako například formou terapeutické komunity, má zahrnovat aktivizující prvky (kluby, besedy, kulturní akce), stěžejním prvkem je činnostní terapie (pracovní terapie, ergoterapie), jež má být pestrá, zajímavá a užitečná. Osvědčuje se využití „starých řemesel“, která v sobě spojují rukodělnou práci s estetickou tvorbou a jakýmsi „zastavením se v čase“, kdy lze být mnohdy daleko intenzivněji sám sebou. Využívá se muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie a pohybových aktivit. Svě důležité místo mají různé programy nácviku sociálních dovedností, cvičná kuchyňka, ale také i propustky, které mají za úkol připravit pacienta na přechod domů.

Psychiatrickou rehabilitaci využít lze téměř v každé fázi léčebného procesu. Stěžejní se pak ale stává po propuštění z lůžkového zařízení. Pacienti se vrací do prostředí, které jim mnohdy není právě nakloněno, které je vlivem stigmatizace vnímá nepříznivě.

Péči o klienty pak přebírají návazné služby komunitní péče, které jsou do značné míry postaveny právě na daných prvcích psychosociální rehabilitace. Jedná se o denní stacionáře, sociální centra, centra denních aktivit se zájmovou činností, různé kluby, poradny (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Psychoterapie: Prochaska, J.O., Norcross, C. uvádí, že psychoterapie je nedílnou součástí léčby duševně nemocných. Psychoterapie je v kompetenci psychiatra, psychologa nebo psychoterapeuta, který je erudovaný v některém z psychoterapeutických směrů. I sociální pracovníci vstupují do psychoterapeutických výcviků, aby rozšířili své vzdělání a také získali další nástroje pro přímou práci s klienty. Psychoterapeutických systémů je spousta. V současné době je nejvíce využíván eklekticko-integrativní přístup, který se

snaží hledat na každém směru to užitečné a cenné. Z tohoto pohledu také vychází Norcrossova definice psychoterapie: „Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, emoce, myšlení nebo osobní charakteristiky směrem, které obě strany považují za žádoucí“ (Prochaska, J.O., Norcross, C., 1999 in Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

V této podkapitole jsme se konkrétně seznámili s metody sociální práce. Jak jsme mohli již zjistit v kapitole „Možnosti léčby duševních poruch“, tak veškeré metody jsou používány.

U schizofrenie je primárně doporučován individuální přístup a komunitní péče. Dále u manické poruchy a u obsedantně-kompulzivní poruchy je velmi důležitou součástí práce s rodinou. U hraniční poruchy osobnosti je velmi důležitý individuální přístup.

U každé duševní poruchy je také nedílnou součástí psychiatrická rehabilitace, case management a psychoterapie.

V každé mnou vybrané duševní poruše je každá metoda sociální práce uplatitelná. Některé jsou prováděny okamžitě, kdy pacient přijde požádat o pomoc a některé v průběhu léčby.

Dle mého je opravdu nejdůležitější metodou případová práce, která je zcela individuální a zaměřena klientovi přímo na míru. Je důležité se s klientem seznámit, navázat důvěru a naplánovat následnou léčbu. Popřípadě spolupráce v multiprofesním týmu, která je u duševních poruch, také využívána.

4. Průzkum

4.1. Cíl, metody, metodika, operacionalizace

4.1.1. Cíl

Cílem mé diplomové práce na téma „Metody sociální práce používané u klientů s duševními poruchami a jejich efektivita“ je zjistit jaké metody sociální práce jsou používány při práci s klienty trpící duševní poruchou, zda vůbec jsou nějaké používány a jaká metoda je používána nejčastěji. Dalším mým cílem je zjistit, zda jsou používané metody sociální práce efektivní.

4.1.2. Metody

Ve své praktické části jsem zvolila metodu kvantitativního šetření, které jsem provedla pomocí dotazníkového šetření. Dotazníky jsem rozdala do organizací, které jsou zaměřené na léčbu duševních poruch. V rámci spolupráce se mi podařilo shromáždit 37 dotazníků. Dotazníky jsem poté vyhodnotila a daným výsledkům se budu věnovat v další podkapitole „výsledky a jejich interpretace“.

Dotazníky byli anonymní a rovněž dobrovolné. Také respondenti byli seznámeni s tím, že pokud by jim byla jakákoli otázka nepříjemná, tak nemusí odpovídat. Dotazník byl formou polootevřených otázek. Jednalo se tedy o to, že se skládal z otevřených otázek, kdy respondent musel svou odpověď napsat a z uzavřených otázek, kdy si respondent odpověď vybíral z uvedených možností.

Kvantitativní metodu jsem si zvolila, jelikož mi pro můj průzkum přišla příhodná.

Jiří Reichel uvádí, že kvantitativní přístup, stručně vzato, předpokládá, že fenomény sociálního světa, které činí předmětem zkoumání, jsou svým způsobem měřitelné, či minimálně nějak tříditelné, uspořádatelné. Informace o nich, získávané v dané kvantifikovatelné a co nejvíce formálně porovnatelné podobě. Pak je analyzuje statistickými metodami se záměrem ověřit platnost představ o výskytu nějakých charakteristik zkoumaných fenoménů, případně o vzájemných vztazích těchto charakteristik, také o jejich vztazích k dalším objektům, jejich vlastnostem, apod. (Reichel, 2009).

4.1.3. Metodika

V rámci dosažení cíle mé diplomové práce na téma „Metody sociální práce používané u klientů s duševní poruchou a jejich efektivita“ jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány respondentům, kteří trpí duševní poruchou. V rámci spolupráce se mi vrátilo 37 vyplněných dotazníků, které mi pomohou dojít k cíli mé diplomové práce. Tedy k tomu, abych zjistila, jaké metody sociální práce jsou používány u klientů s duševní poruchou, zda vůbec jsou nějaké používány a jaká metoda je nejčastěji používaná. Také chci zjistit, zda jsou používané metody efektivní. Tento krok budu nadále vyhodnocovat v dalších níže uvedených podkapitolách.

Jednalo se o 11 polootevřených otázek:

1. Jsem pohlaví

- Žena
- Muž

2. Duševní porucha mi byla diagnostikována v letech.

3. Máte člena rodiny, který trpí stejnou, či jinou duševní poruchou jako Vy?

- Ano
- Ne
- Jinou

4. Jaké sociální zařízení navštěvujete?

.....

5. Jakou dobu se již léčíte?

- Cca pár týdnů
- Cca půl roku
- Cca rok
- Více jak rok

6. Jsou Vám v daném zařízení poskytovány metody sociální práce? (metody

sociální práce jsou: Práce s jednotlivcem – individuální, zaměřena zcela Vám na

míru, **rodinou** – spolupráce při léčbě i s Vašimi blízkými, **skupinou** – sezení s několika lidmi, jak v otevřené či uzavřené skupině, se kterými si vyměňujete své pocity, myšlenky, zkušenosti, ..., **komunitou** – práce se společenstvím, komunitou lidí, jako například terapeutická komunita – kdy léčebné instituce umožňují otevřenou komunikaci všech členů daného zařízení včetně pacientů a podílení se na léčbě, **psychiatrická rehabilitace** – má Vám pomoci k tomu, aby jste mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby jste byli úspěšní a spokojeni ve Vašem přirozeném prostředí s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory, **case management (neboli případové vedení)** – jedná se o nastavení jednotného postupu různých odborníků a služeb, které směřují k Vaší stabilizaci a zplnomocnění – jde tedy o to, že všichni, kteří spolupracují na Vaší léčbě se sjednotí a domluví na jednotné léčbě, pomoci, **Psychoterapie** – jedná se o léčbu psychologickými prostředky (prostředky komunikační a vztahové povahy), které mají za cíl odstranit, či zmírnit potíže poruchy)

- Ano
- Ne

7. Jaké metody sociální práce jsou Vám v daném zařízení poskytovány?

(vysvětleno viz otázka výše, prosím o zaškrtnutí všech metod, které jsou Vám poskytovány)

- Práce s jednotlivcem
- Rodinou
- Skupinou
- Komunitou
- Psychiatrická rehabilitace
- Case management (neboli případové vedení)
- Psychoterapie

8. Jsou pro Vás dané využívané metody sociální práce efektivní?

- Ano
- Ne

9. Která z využívaných metod je pro Vás nejefektivnější?

.....

10. Proč je pro Vás Vámi vybraná metoda sociální práce nejefektivnější?

.....

11. Máte pocit, že se Váš stav od započetí léčby zlepšil?

- Ano
- Ne

4.1.4. Operacionalizace

Jiří Reichel uvádí, že po nalezení a definování pojmů, kterými jsme popsali výzkumný problém a relevantní vlastnosti objektů, následuje také, že definované pojmy převádíme do zkoumatelné podoby, to je na empiricky zjiřitelné, nějakým způsobem měřitelné či tříditelné údaje. Těmto údajům, to je vlastnostem (proměnným) objektů, se při kvantitativním zkoumání říká znaky. Proces převodu pojmů na zkoumatelné ukazatele se nazývá operacionalizace (Reichel, 2009).

Má základní průzkumná otázka je: Jaké metody sociální práce jsou používány při práci s klienty trpící duševní poruchou, jsou vůbec nějaké používány a jaká metoda je používána nejčastěji? Jsou používané metody sociální práce efektivní?

V úvodu dotazníku jsem se zprvu zaměřila na otázky:

- 1. Jakého jste pohlaví?**
- 2. V kolika letech Vám byla diagnostikována duševní porucha?**
- 3. Máte člena rodiny, který trpí stejnou, či jinou duševní poruchou jako Vy?**
- 4. Jaké sociální zařízení navštěvujete?**
- 5. Jakou dobu se již léčíte?**

DVO1 = Jsou vůbec nějaké metody sociální práce používány při práci s klienty trpící duševní poruchou?

Cílem této otázky je zjistit, zda klientům trpící duševní poruchou je poskytována metoda sociální práce.

6. Jsou Vám v daném zařízení poskytovány metody sociální práce?

DVO2 = Jaké metody sociální práce jsou používány při práci s klienty trpící duševní poruchou a jaká metoda je používána nejčastěji?

Cílem této otázky je zjistit jaké metody pracovníci používají při práci s klienty, kteří trpí duševní poruchou a která je nejčastěji používána. Smyslem bylo zaškrtnout všechny metody, které jsou klientovi poskytovány.

7. Jaké metody sociální práce jsou Vám v daném zařízení poskytovány?

DVO3 = Jsou používané metody sociální práce efektivní?

Cílem této otázky bylo zjistit, jak respondenti vnímají efektivitu jimi využívaných metod a zda mají pocit, jestli se jejich prvotní stav zlepšil po započetí léčby.

8. Jsou pro Vás dané využívané metody sociální práce efektivní?

9. Která z využívaných metod je pro Vás nejefektivnější?

10. Proč je pro Vás Vámi vybraná metoda sociální práce nejefektivnější?

11. Máte pocit, že se Váš stav od započetí léčby zlepšil?

4.2. Výsledky a jejich interpretace

V této podkapitole teoretické části jsem se zaměřila na výsledky a jejich interpretaci.

Celkem se jedná o 37 dotazníků, které jsou vyplněné náhodnými respondenty, kteří trpí duševní poruchou.

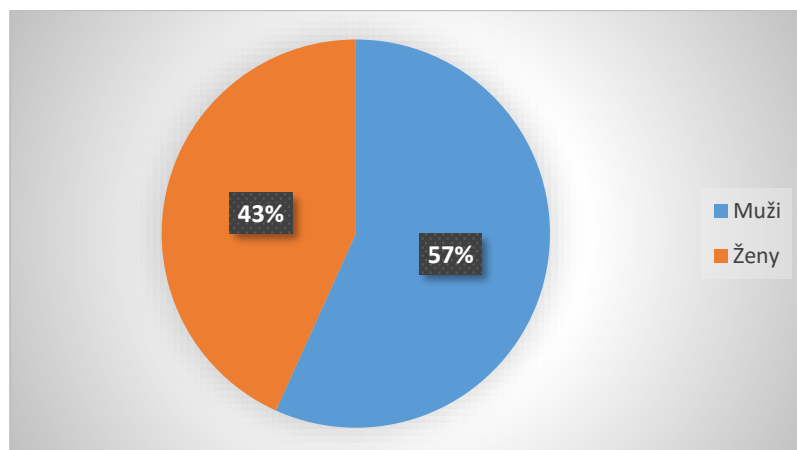
Již při zasílání dotazníků do organizací jsem byla upozorněna, že některé vrácené dotazníky budou působit zmateně a ne vždy budou dávat smysl. Že z vlastní zkušenosti mohou říci, že s nimi spolupráce není jednoduchá. V rámci vyhodnocování dotazníků jsem se setkala s nejspíše nepochopením otázky, či s nepochopením posloupnosti otázek. Jednalo se pouze o pár respondentů, kteří například uvedli, že jim metoda sociální práce poskytována není, ale v další otázce metodu sociální práce uvedli. Také jsem se setkala s tím, že klient byl s danou metodou nespokojen, ale uvedl ji jako nejefektivnější metodu, která mu byla poskytována, apod.

Dotazníky nyní vyhodnotím dle zaškrtnutých odpovědí, ale nadále se tomuto faktu budu věnovat v další podkapitole „shrnutí výsledků“.

Otázka č. 1 – Jsem pohlaví

Cílem této otázky bylo zjistit jakého jsou respondenti pohlaví, zda častějšími klienty trpící duševní poruchou jsou ženy, či muži. Otázka byla uzavřená a respondenti mohli volit ze dvou variant.

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



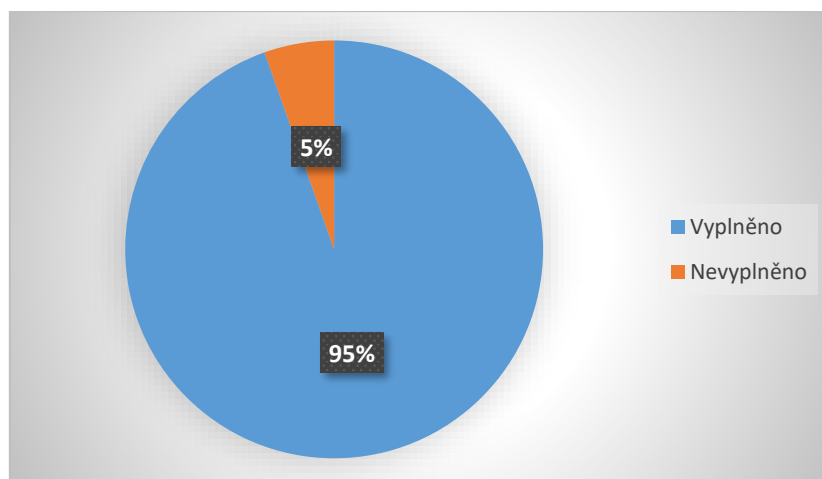
Zdroj: Vlastní průzkum

Na tuto otázku mi odpovědělo všech 37 respondentů, z nichž bylo 16 žen (43%) a 21 mužů (57%). V rámci vyhodnocení této otázky lze tedy říci, že častějšími klienty s duševní poruchou jsou muži.

Otázka č.2 – Duševní porucha mi byla diagnostikována v letech.

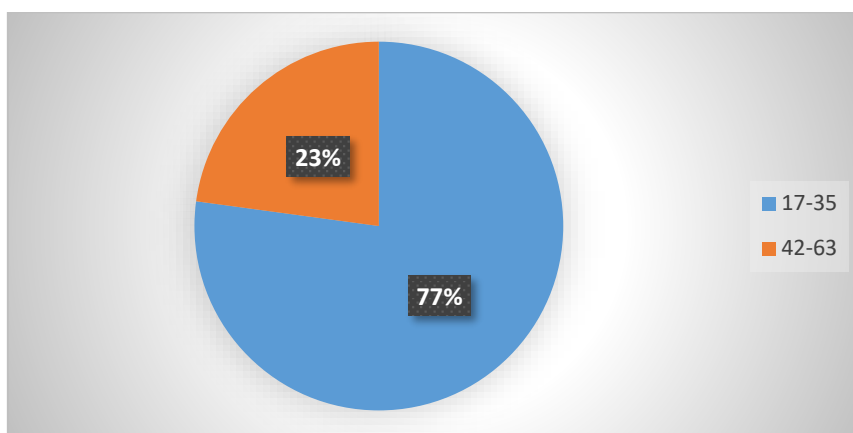
Cílem této otázky bylo zjistit v kolika letech byla respondentům diagnostikována duševní porucha. Otázka byla otevřená a respondenti měli svou odpověď napsat.

Graf č. 2: Kolik respondentů odpovědělo na otázku



Zdroj: Vlastní průzkum

Graf č. 3: Věk kdy byla respondentům diagnostikována duševní porucha



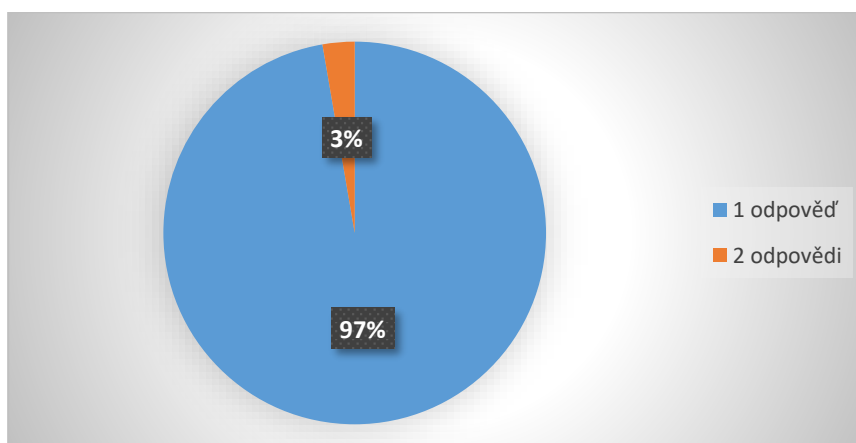
Zdroj: Vlastní průzkum

Z 37 (100%) respondentů tuto otázku odpovědělo 35 (95%) respondentů a 2 (5%) respondenti na tuto otázku neodpověděli. Z 35 respondentů, kteří na otázku odpověděli je 27 (77%) respondentům v rozmezí od 17-35 let a zbylým 8 (23%) respondentům v rozmezí od 42-63 let. Z grafu tedy vyplývá, že častějšími klienty s duševní poruchou jsou lidé v rozmezí 17-35 let.

Otázka č. 3 – Máte člena rodiny, který trpí stejnou, či jinou duševní poruchou jako Vy?

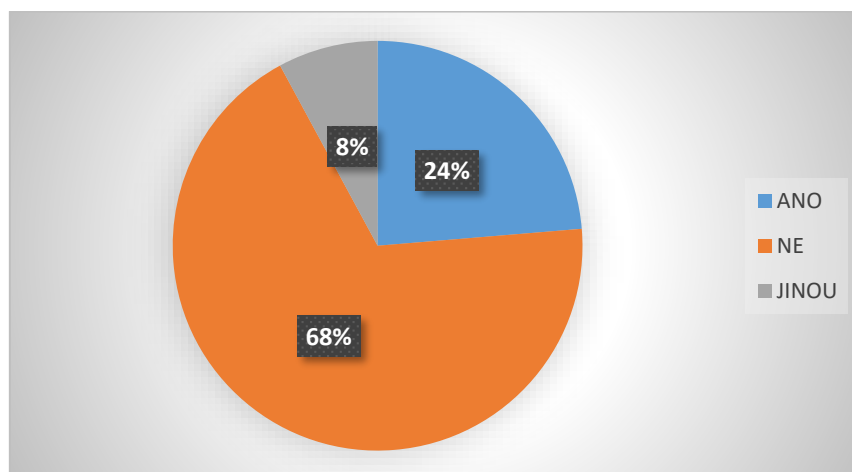
Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondent má/nemá člena rodiny, který trpí stejnou, či jinou duševní poruchou jako on. Zaměřila jsem se zde právě na potvrzení/vyvrácení genetických predispozic, které s sebou některé duševní poruchy přinášejí. Otázka byla uzavřená a respondenti měli na výběr ze 3 možností odpovědí.

Graf č. 4: Kolik respondentů zvolilo počet možných odpovědí



Zdroj: Vlastní průzkum

Graf č. 5: Rozdělení respondentů, zda mají člena rodiny, který trpí stejnou či jinou duševní poruchou jako on



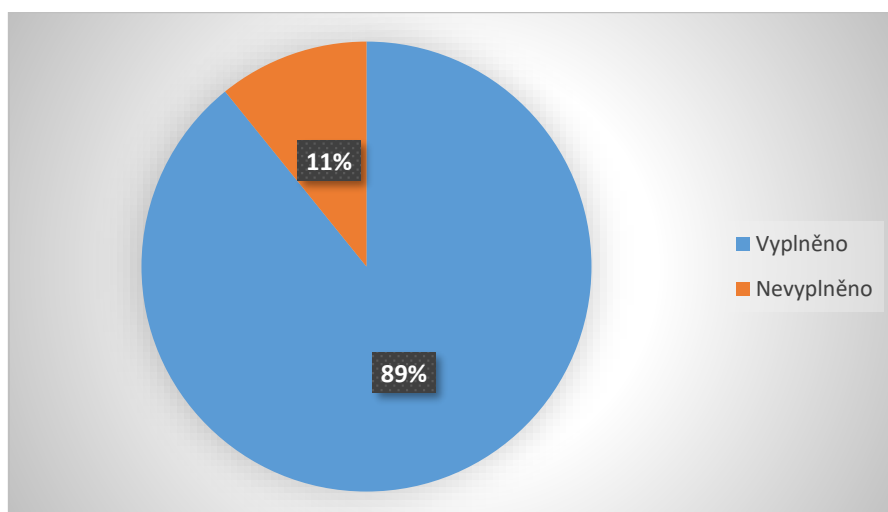
Zdroj: Vlastní průzkum

Na tuto otázku mi odpovědělo všech 37 respondentů. Z 37 respondentů zaškrtnulo 36 (97%) respondentů 1 odpověď a pouze 1 (3%) respondent zaškrtnul odpovědi 2. Variantu ANO uvedlo 9 (24%) respondentů, variantu NE uvedlo 26 (68%) respondentů a variantu JINO uvedli 3 (8%) respondenti. Z grafu tedy vyplývá, že z větší části respondenti nemají člena rodiny, který trpí stejnou, či jinou duševní poruchou jako on.

Otázka č. 4 – Jaké sociální zařízení navštěvujete?

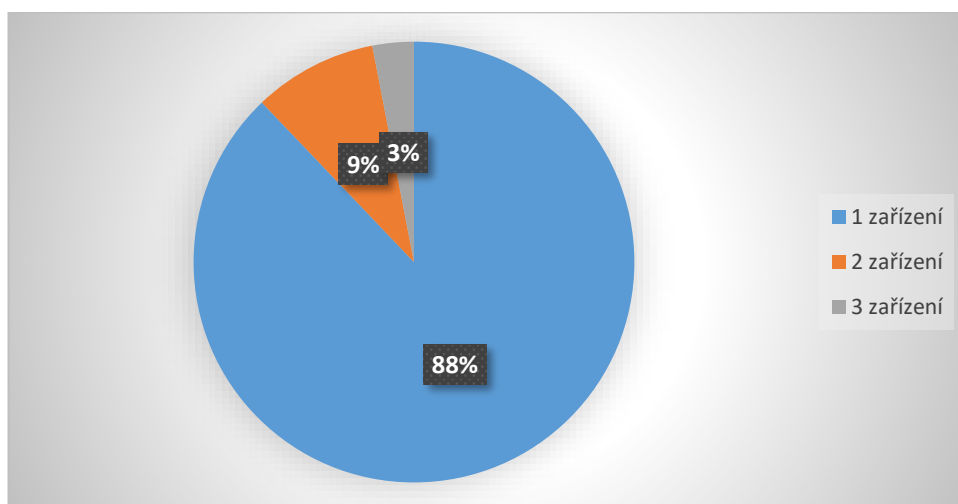
Cílem této otázky bylo zjistit, jaké sociální zařízení respondenti navštěvují. Otázka byla otevřená a respondenti měli svou odpověď napsat.

Graf č. 6: Kolik respondentů odpovědělo na otázku



Zdroj: Vlastní průzkum

Graf č. 7: Kolik zařízení respondenti navštěvují



Zdroj: Vlastní průzkum

Na tuto otázku mi z 37 (100%) respondentů odpovědělo 33 (89%) respondentů a zbylí 4 (11%) respondenti mi na tuto otázku neodpověděli. Dále z 33 respondentů 29 (88%) respondentů uvedlo, že navštěvují pouze 1 zařízení, 3 (9%) respondenti uvedli, že navštěvují 2 zařízení a pouze 1 (3%) respondent uvedl, že navštěvuje 3 zařízení pro léčbu duševních poruch. Z grafu tedy vyplývá, že respondenti nejčastěji navštěvují pouze 1 zařízení.

O jaká zařízení uvedené respondenty se jedná, se dozvíme v tabulce níže.

Tabulka č. 1: Zařízení které respondenti navštěvují

| Zařízení uvedené respondenty | Počet respondentů, kteří zařízení navštěvují |
|---------------------------------|--|
| Centrum duševního zdraví (CDZ) | 17 |
| DSZR Krásná Lípa | 1 |
| Azylový dům Rybalkova | 1 |
| Kosmosy | 1 |
| Fokus | 1 |
| Psychiatrická nemocnice Bohnice | 5 |
| Bona | 1 |
| TH klinika | 1 |
| Mosty | 1 |
| Průhon | 1 |
| Městský úřad | 2 |
| ESET | 2 |
| Kappa | 1 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Ústřední vojenská nemocnice (ÚVN) | 1 |
| Ambulantní psycholog | 1 |
| Soukromá ambulance | 1 |

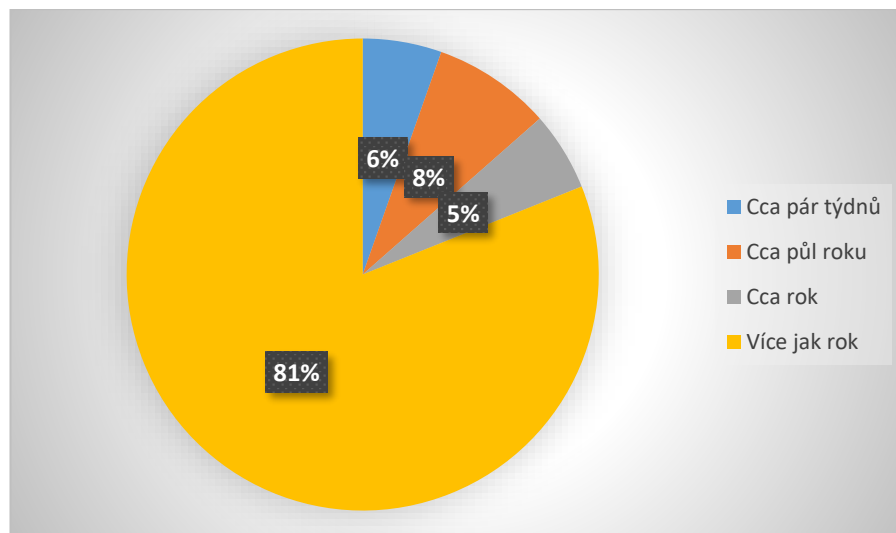
Zdroj: Vlastní průzkum

Z tabulky výše vyplývá, že mými nejčastějšími respondenty byli lidé, kteří navštěvují Centrum duševního zdraví (CDZ).

Otázka č. 5 – Jakou dobu se již léčíte?

Cílem této otázky bylo zjistit, jak dlouho se již respondenti se svou duševní poruchou léčí. Otázka byla uzavřená a respondenti si měli vybrat ze 4 možných variant.

Graf č. 8: Doba po kterou se respondenti již léčí



Zdroj: Vlastní průzkum

Na tuto otázku mi odpovědělo všech 37 respondentů. 2 (6%) respondenti uvedli, že se léčí cca pár týdnů, 3 (8%) respondenti uvedli, že se léčí cca půl roku, dále 2 (5%) respondenti uvedli, že se léčí cca rok a 30 (81%) respondentů uvedlo, že se léčí více jak rok.

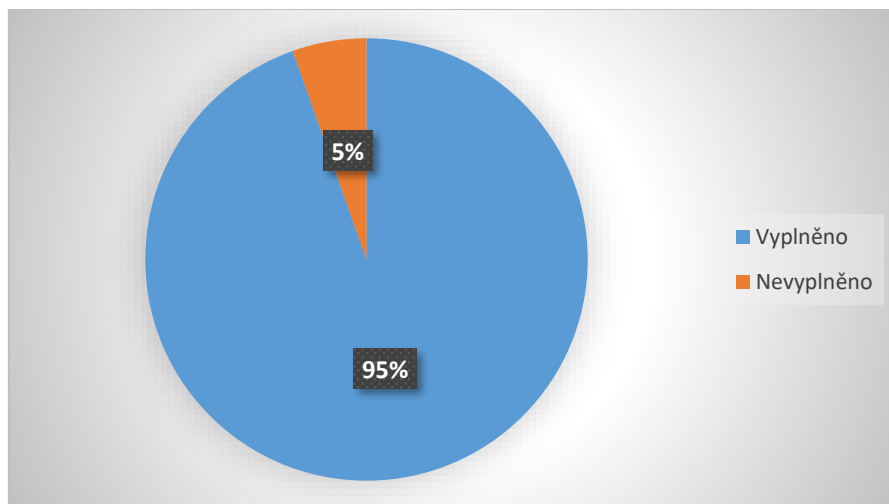
Z grafu tedy vyplývá, že se lidé s duševní poruchou nejčastěji léčí více jak rok.

Otázka č. 6 – Jsou Vám v daném zařízení poskytovány metody sociální práce?

Toto byla jedna z mých hlavních otázek a to zjistit, zda jsou klientům s duševní poruchou poskytovány metody sociální práce. Otázka byla uzavřená a respondenti si měli

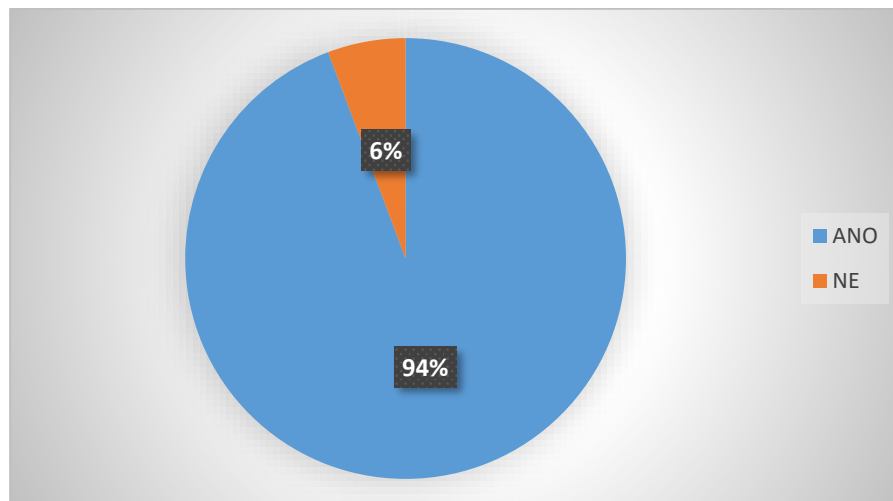
vybrat ze 2 variant. U otázky byly také vysvětlené jaké dané metody sociální práce by jim měli být poskytovány a význam daných metod.

Graf č. 9: Kolik respondentů odpovědělo na otázku



Zdroj: Vlastní průzkum

Graf č. 10: Rozdělení zda jsou respondentům poskytovány metody sociální práce



Zdroj: Vlastní průzkum

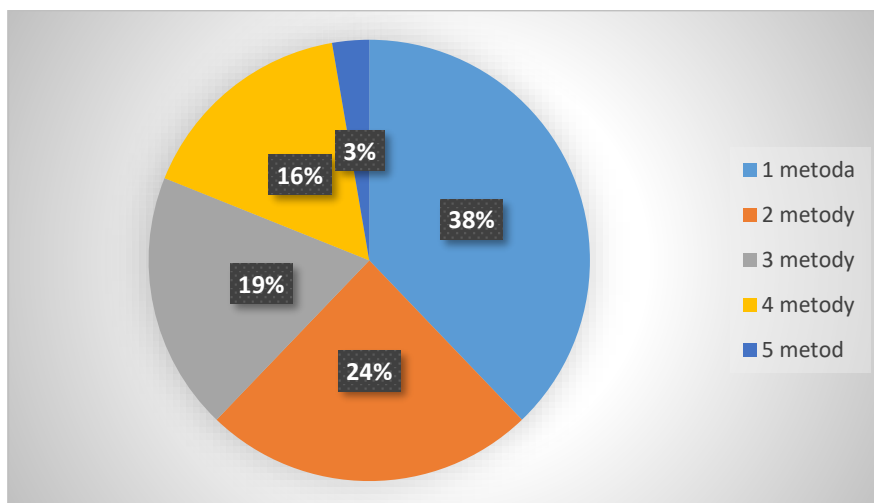
Na tuto otázku mi odpovědělo 35 (95%) respondentů a 2 (5%) respondenti mi na tuto otázku neodpověděli. Z 35 respondentů, kteří mi na otázku odpověděli 33 (94%) respondentů mi odpovědělo ANO a 2 (6%) respondenti uvedli NE. Z grafu tedy vyplývá, že metody sociální práce jsou respondentům poskytovány skoro vždy.

U této otázky jsem se poprvé setkala s již zmiňovaným nepochopením otázek, jelikož právě zde mi 2 respondenti uvedli, že metody sociální práce jim poskytovány nejsou a 2 respondenti na otázku neodpověděli, ale v další otázce metody sociální práce uvedli.

Otázka č. 7 – Jaké metody sociální práce jsou Vám v daném zařízení poskytovány?

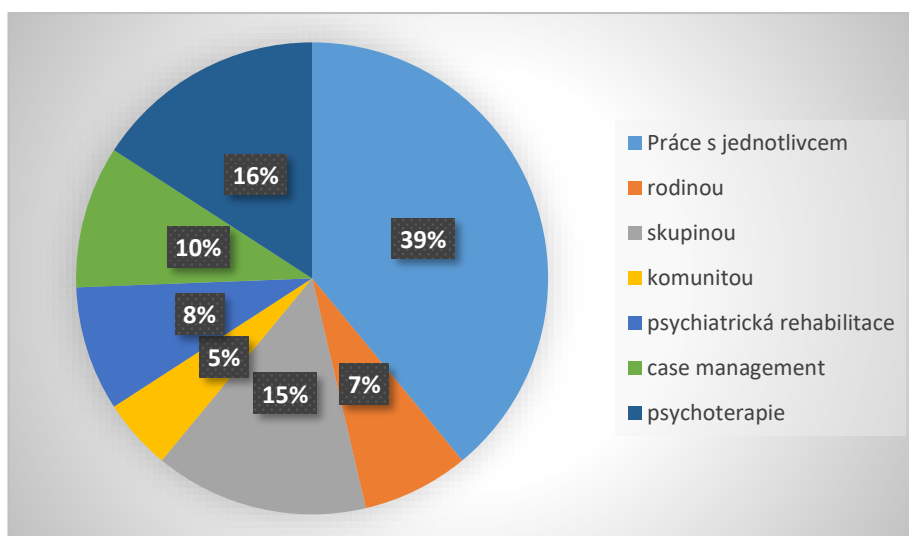
Zde se jednalo o další mou hlavní otázku. Cílem bylo zjistit jaké metody sociální práce jsou respondentům poskytovány a jaké metody jsou poskytovány nejčastěji. Otázka byla uzavřená a respondenti měli na výběr ze 7 variant. Odpovědi nebyli limitované a respondenti měli uvést všechny metody sociální práce, které jsou jim poskytovány.

Graf č. 11: Rozdělení, kolik metod sociální práce je respondentům poskytováno



Zdroj: Vlastní průzkum

Graf č. 12: Rozdělení metod sociální práce, které jsou respondentům poskytovány



Zdroj: Vlastní průzkum

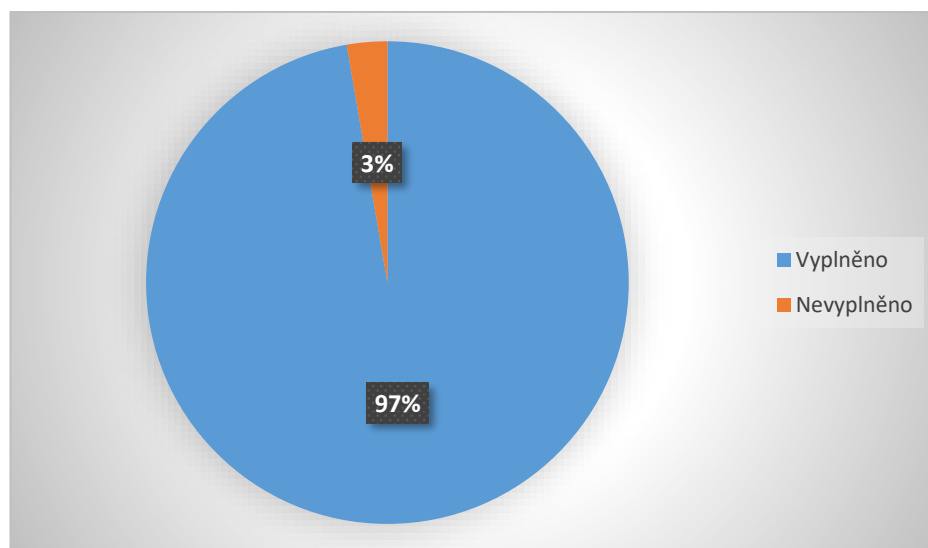
Na tuto otázku mi odpovědělo všech 37 respondentů. Z toho mi 14 (38%) respondentů uvedlo, že jim je poskytována pouze 1 metoda sociální práce, dále 9 (24%) respondentů uvedlo, že jim jsou poskytovány 2 metody sociální práce, 7 (19%) respondentů uvedlo, že jim jsou poskytovány 3 metody sociální práce, dále 6 (16%) respondentů uvedlo, že jim jsou poskytovány 4 metody sociální práce a 1 (3%) respondent uvedl, že mu je poskytováno 5 metod sociální práce. Z grafu tedy vyplývá, že nejčastěji je poskytována pouze 1 metoda sociální práce.

Dále 32 (39%) respondentů uvedlo, že jim je poskytována práce s jednotlivcem, 6 (7%) respondentů uvedlo, že jim je poskytována práce s rodinou, 12 (15%) respondentů uvedlo, že jim je poskytována práce se skupinou, 4 (5%) respondenti uvedli, že jim je poskytována práce s komunitou, 7 (8%) respondentů uvedlo, že jim je poskytována psychiatrická rehabilitace, 8 (10%) respondentů uvedlo, že jim je poskytován case management a 13 (16%) respondentů uvedlo, že jim je poskytována psychoterapie. Z grafu tedy vyplývá, že nejčastěji užívanou metodou sociální práce je práce s jednotlivcem, druhou nejčastěji užívanou metodou je psychoterapie, třetí nejčastěji užívanou metodou je práce se skupinou a nejméně užívanou metodou sociální práce je práce s komunitou.

Otázka č. 8 – Jsou pro Vás dané využívané metody sociální práce efektivní?

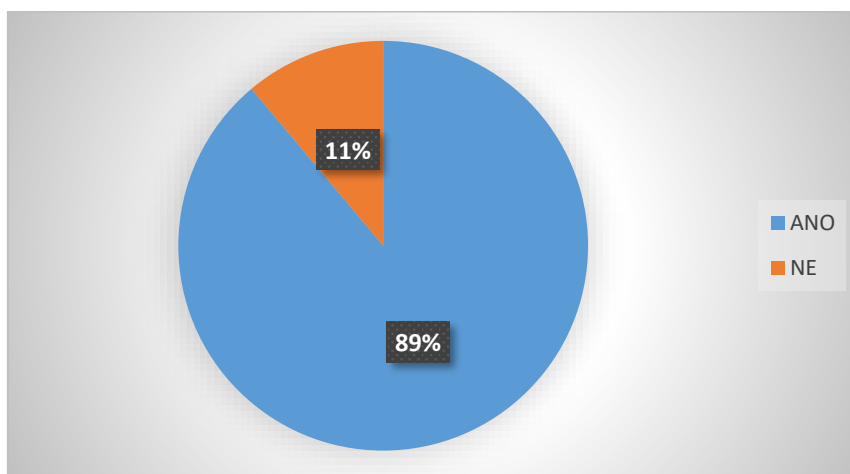
Cílem této otázky bylo zjistit, zda jsou pro respondenty používané metody sociální práce efektivní. Zde se také jednalo o jednu z mých hlavních otázek a to o efektivitu. Otázka byla uzavřená a respondenti měli na výběr ze 2 variant.

Graf č. 13: Kolik respondentů odpovědělo na otázku



Zdroj: Vlastní průzkum

Graf č. 14: Rozdělení, zda jsou využívané metody sociální práce pro respondenty efektivní



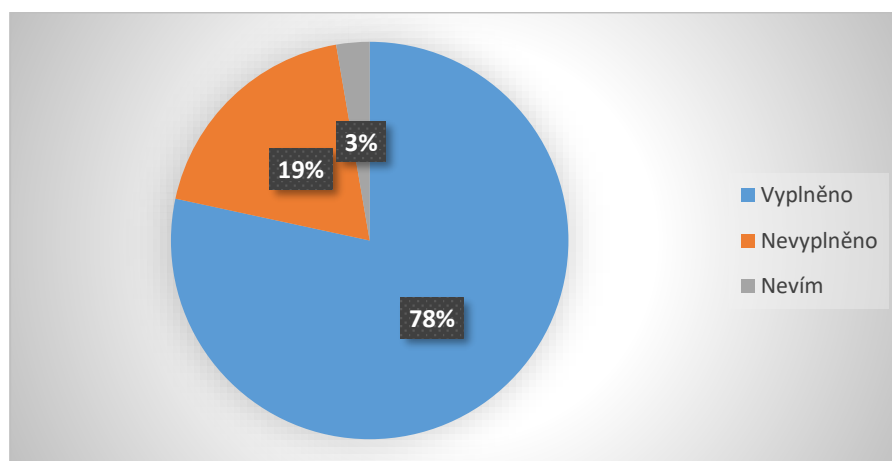
Zdroj: Vlastní průzkum

Na tuto otázku mi odpovědělo 36 (97%) respondentů a 1 (3%) respondent na tuto otázku neodpověděl. Z 36 respondentů 32 (89%) respondentů uvedlo ANO a 4 (11%) respondenti uvedli NE. Z grafu tedy vyplývá, že z větší části respondenti používané metody sociální práce vnímají jako efektivní.

Otázka č. 9 – Která z využívaných metod je pro Vás nejefektivnější?

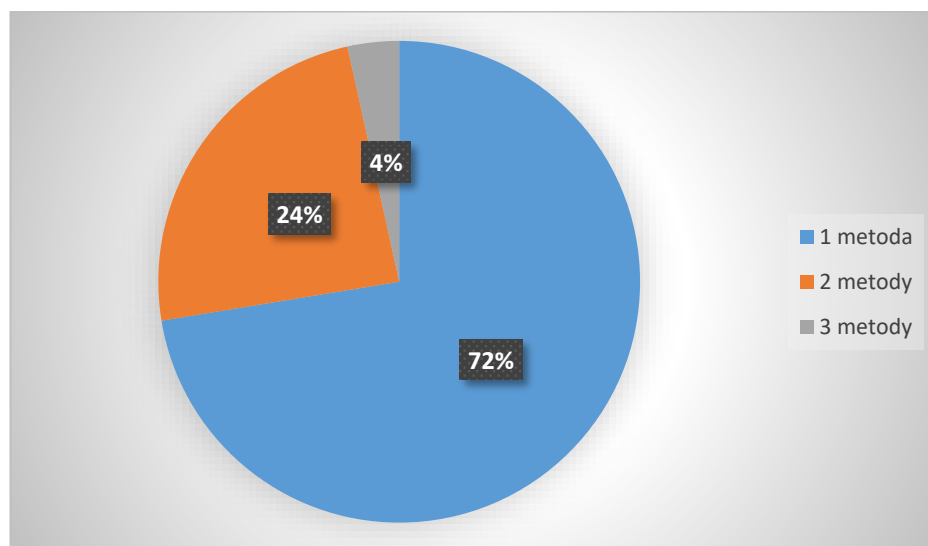
Cílem této otázky bylo zjistit, kterou z používaných metod sociální práce, respondenti vnímají jako nejefektivnější. Otázka byla otevřená a respondenti měli svou odpověď napsat. Která z metod sociální práce byla respondenty nejčastěji napsána se dozvíme z tabulky níže.

Graf č. 15: Kolik respondentů odpovědělo na otázku



Zdroj: Vlastní průzkum

Graf. 16: Rozdělení, kolik metod sociální práce respondenti vnímají jako nejefektivnější



Zdroj: Vlastní průzkum

Tabulka č. 2: Rozdělení metod sociální práce, které jsou pro respondenty nejefektivnější

| Metoda sociální práce | Počet respondentů, kteří danou metodu zvolili |
|----------------------------|---|
| Práce s jednotlivcem | 16 |
| rodinou | 1 |
| skupinou | 6 |
| komunitou | 0 |
| psychiatrická rehabilitace | 2 |
| case management | 2 |
| psychoterapie | 11 |

Zdroj: Vlastní průzkum

Na tuto otázku mi odpovědělo 29 (78%) respondentů, 7 (19%) respondentů mi na tuto otázku neodpovědělo a 1 (3%) respondent uvedl jako svou odpověď NEVÍM. Z 29 respondentů 21 (72%) respondentů napsalo 1 metodu sociální práce, kterou považují za nejefektivnější, 7 (24%) respondentů uvedlo 2 metody, které považují za nejefektivnější a 1 (4%) respondent uvedl 3 metody, které považuje za nejefektivnější. Z tabulky vyplývá, že za nejefektivnější metodu sociální práce považují respondenti práci s jednotlivcem, za druhou nejefektivnější metodu považují psychoterapii a za třetí nejefektivnější metodu

považují práci se skupinou. Za to práci s komunitou žádný z respondentů neuvedl jako nejefektivnější ani jednou.

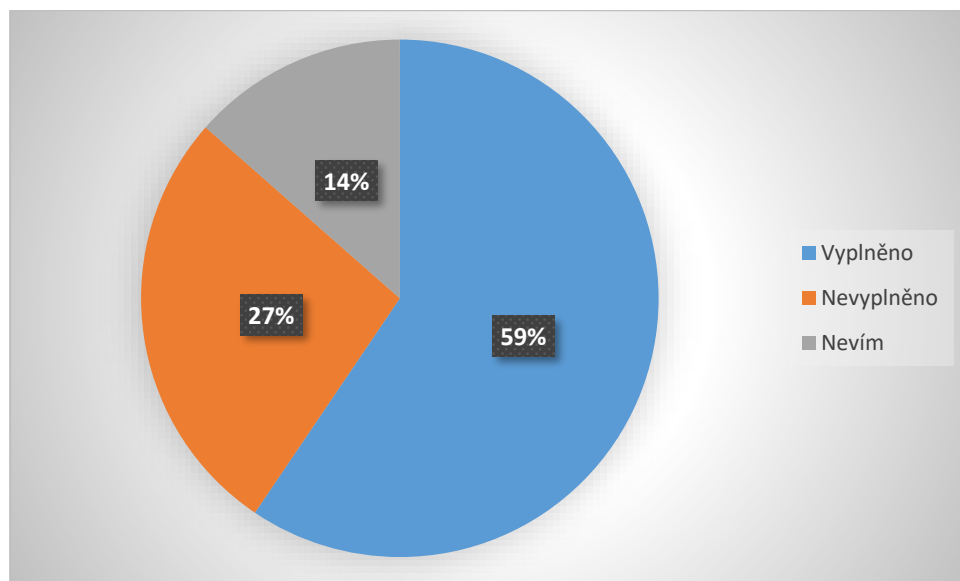
U této otázky jsem se opět setkala s nepochopením otázek či s již zmíněným nepochopením posloupností otázek. Jeden respondent mi zde uvedl jako nejefektivnější metodu práci s jednotlivcem, ale přitom ji uvedl jako neefektivní. Také jsem se setkala s tím, že jeden respondent uvedl metody sociální práce, které jsou mu poskytovány, ale zde jako nejefektivnější uvedl metodu, kterou neuvedl, že mu je poskytována.

Otázka č. 10 – Proč je pro Vás Vámi vybraná metoda sociální práce nejefektivnější?

Cílem této otázky bylo zjistit, proč respondenti vnímají vybranou metodu sociální práce za nejefektivnější. Otázka byla otevřená a respondenti měli svou odpověď napsat.

Proč je jaká metoda sociální práce pro respondenty nejefektivnější se dozvíme z tabulky níže.

Graf č. 17: Kolik respondentů odpovědělo na otázku



Zdroj: Vlastní průzkum

Tabulka č. 3: Rozdělení, proč je pro respondenty jimi zvolená metoda sociální práce nejefektivnější

| Metoda sociální práce | Odpověď respondenta |
|--|---|
| Case management, práce s jednotlivcem | „Mám důvěru v CDZ“ |
| Práce s jednotlivcem | „Soukromý, jen to co potřebuji“ |
| Práce s jednotlivcem, psychoterapie | „Pomáhá mi to v mém životě“ |
| Psychiatrická rehabilitace, práce se skupinou | „Pomáhají mi“ |
| Práce s jednotlivcem, rodinou | „Zájem o moje problémy, neřeším všechno sám“ |
| Práce s jednotlivcem, psychoterapie | „Pomáhají“ |
| Case management, práce s jednotlivcem | „Rychlá, zajímá mě“ |
| Práce s jednotlivcem | „Mám práci a vyšší důchod“ |
| Psychoterapie | „Jde do hloubky“ |
| Práce s jednotlivcem | „Soustředění, je to trpělivost“ |
| Práce s jednotlivcem, psychiatrická rehabilitace | „Poradenství v běžném životě, důraz na lidský kontakt, v běžných záležitostech“ |
| Psychoterapie | „Pomáhá to“ |
| Psychoterapie | „Je o zamyšlení sám nad sebou“ |
| Práce se skupinou | „Podílení se s ostatními o mé problémy“ |
| Práce s jednotlivcem | „Přímý kontakt“ |
| Psychoterapie | „Pomáhá mi, když můžu s někým o svých problémech mluvit“ |
| Práce s jednotlivcem | „Je osobní“ |
| Psychoterapie | „Soukromý“ |
| Práce se skupinou | „Podílíme se všichni o své problémy“ |
| Práce s jednotlivcem | „Osobní kontakt s psychoterapeutem“ |
| Práce s jednotlivcem | „Tato metoda není efektivní“ |
| Práce s jednotlivcem | „Chodím jen na pohovory“ |

Zdroj: Vlastní průzkum

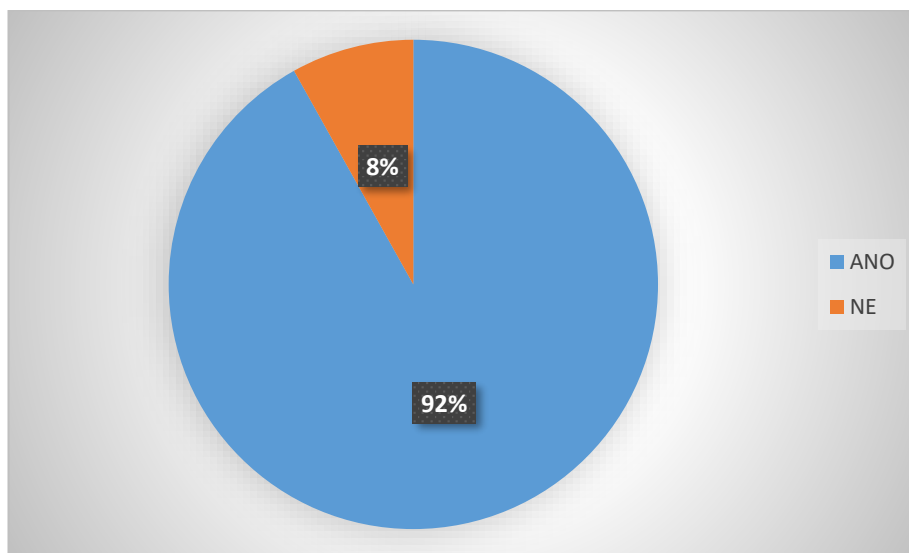
Na tuto otázku mi odpovědělo 22 (59%) respondentů, 10 (27%) respondentů mi na tuto otázku neodpovědělo a 5 (14%) respondentů mi uvedlo jako svou odpověď NEVÍM.

V tabulce viz výše se setkáváme i s negativním hodnocením používaných metod sociální práce a to konkrétně v posledních dvou řádcích. I zde se jedná o nepochopení otázky, jelikož otázka byla cílená na nejefektivnější používanou metodu.

Otázka č. 11 – Máte pocit, že se Váš stav od započetí léčby zlepšil?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti mají pocit, že jejich léčba je účinná a že jejich počáteční stav se zlepšil. Otázka byla uzavřená a respondenti měli na výběr ze dvou variant.

Graf č. 18: Rozdělení, zda respondenti vnímají zlepšení svého počátečního stavu od započetí léčby



Zdroj: Vlastní průzkum

Na tuto otázku mi odpovědělo všech 37 respondentů. 34 (92%) respondentů zvolili jako svou odpověď ANO a 3 (8%) respondenti zvolili jako svou odpověď NE. Z grafu tedy vyplývá, že léčba na respondenty s duševní poruchou je cílená správným směrem a respondentům pomáhá.

4.3. Shrnutí výsledků

Nejprve by jsem chtěla znovu zmínit, že při zasílání dotazníků do organizací zabývajících se duševní poruchou jsem byla upozorněna, že s klienty není snadná spolupráce a že některé vrácené dotazníky budou působit zmateně, jelikož se ne každý v rámci své nemoci dokáže dobře soustředit a orientovat. Některé dané výsledky jsou

v rámci nepochopení otázek zkreslené. U každé vyhodnocené otázky jsem na tento fakt upozornila a nyní upozorním znovu. Jedná se ale o velmi nízký počet respondentů, kteří měli s otázkami problém, proto si myslím, že se nejedná o žádné dramatické zkreslení. Jsem velmi vděčná, kolik respondentů se pro spolupráci rozhodlo a pomohlo mi s realizací teoretické části.

V rámci výsledků jsem vyhodnocovala dotazníky od 16 žen a 21 mužů.

Z toho 27 respondentů uvedlo, že jim duševní porucha byla diagnostikována v rozmezí 17-35 let, 8 respondentů uvedlo, že jim duševní porucha byla diagnostikována v rozmezí 42-63 let a 2 respondenti mi na tuto otázku neopověděli. Z výsledku vyplývá, že respondentům byla duševní porucha diagnostikována v mladších letech.

U 3 otázky zda má respondent člena rodiny, který trpí stejnou či jinou duševní poruchou jako on mi odpovědělo všech 37 respondentů. 9 respondentů uvedlo že ANO, 26 respondentů uvedlo že NE a 3 respondenti uvedli JINO. Z toho mi 1 ze 37 respondentů uvedl 2 odpovědi a to že ANO a JINO. Z výsledku tedy vyplývá, že respondenti mají duševní poruchu spíše získanou v rámci svého života a ne geneticky danou.

V rámci 4 otázky jaké sociální zařízení respondenti navštěvují mi odpovědělo 33 respondentů a 4 neodpověděli. Zařízení které respondenti navštěvují je mnoho, nejčastěji navštěvovaným zařízením je Centrum duševního zdraví. Z toho 29 respondentů navštěvuje pouze 1 zařízení, 3 respondenti navštěvují 2 zařízení a 1 respondent navštěvuje 3 zařízení zaměřené na léčbu duševních poruch. Z výsledků vyplývá, že respondenti nejčastěji navštěvují pouze jedno zařízení zaměřené na léčbu duševních poruch.

U 5 otázky jakou dobu se již respondenti léčí mi odpovědělo všech 37 respondentů. Nejčastější zaznamenanou odpovědí je, že se respondenti léčí více jak rok. Tuto variantu zaškrtnulo 30 respondentů. Druhou nejčastěji zaznamenanou odpovědí je, že se respondenti léčí cca půl roku, tuto variantu označili 3 respondenti. Dále 2 respondenti označili, že se léčí cca pár týdnů a 2 respondenti označili, že se léčí cca rok. Z výsledků vyplývá, že se respondenti v rámci své nemoci léčí více jak rok.

V rámci 6 otázky zda jsou respondentům v daném zařízení poskytovány sociální služby mi odpovědělo 35 respondentů a 2 respondenti neodpověděli. Zde se jednalo o jednu z mých cílových otázek a to, jestli je respondentům poskytována vůbec nějaká metoda sociální práce. 33 respondentů uvedlo, že jim v daném zařízení jsou poskytovány metody sociální práce a 2 respondenti uvedli, že nejsou. Zde jsem se poprvé setkala s prvním zmiňovaným zmatením, jelikož mi 2 respondenti uvedli, že jim metody sociální práce dané zařízení neposkytuje, ale v další otázce poskytované metody uvedli a 2

respondenti mi na tuto otázku neodpověděli a v další otázce též poskytované metody uvedli. Odpovědí na jednu z mých cílových otázek je ANO daná zařízení poskytují metody sociální práce.

U 7 otázky jaké metody sociální práce jsou respondentům poskytovány v daném zařízení mi odpovědělo všech 37 respondentů. Zde se jednalo o další dvě mé cílové otázky a to jaké metody sociální práce jsou používány při práci s klienty trpící duševní poruchou a jaká metoda je používána nejčastěji. 14 respondentů uvedlo, že jim je poskytována pouze 1 metoda sociální práce, dále 9 respondentů uvedlo, že jim jsou poskytovány 2 metody sociální práce, 7 respondentů uvedlo, že jim jsou poskytovány 3 metody sociální práce, dále 6 respondentů uvedlo, že jim jsou poskytovány 4 metody sociální práce a 1 respondent uvedl, že mu je poskytováno 5 metod sociální práce. Dále 32 respondentů uvedlo, že jim je poskytována práce s jednotlivcem, 6 respondentů uvedlo, že jim je poskytována práce s rodinou, 12 respondentů uvedlo, že jim je poskytována práce se skupinou, 4 respondenti uvedli, že jim je poskytována práce s komunitou, 7 respondentů uvedlo, že jim je poskytována psychiatrická rehabilitace, 8 respondentů uvedlo, že jim je poskytován case management a 13 respondentů uvedlo, že jim je poskytována psychoterapie. Z výsledků vyplývá, že odpovědi na mé cílové otázky jsou: Při práci s klienty trpící duševní poruchou jsou používány všechny metody sociální práce a nejčastěji používanou metodou sociální práce je práce s jednotlivcem.

V rámci 8 otázky zda jsou metody sociální práce pro respondenty efektivní mi odpovědělo 36 respondentů a 1 respondent mi neodpověděl. Zde se jednalo o další mou cílovou otázku a to o efektivitu využívaných metod sociální práce. 32 respondentů uvedlo, že pro ně metody sociální práce jsou efektivní a 4 respondenti uvedli, že dané využívané metody pro ně efektivní nejsou. Odpovědí na mou cílovou otázku tedy je, že využívané metody sociální práce jsou pro respondenty efektivní.

U 9 otázky která z využívaných metod je pro respondenty nejefektivnější mi odpovědělo 29 respondentů a 8 respondentů mi na tuto otázku neodpovědělo. Zde se jednalo o rozšíření mé cílové otázky efektivity. 21 respondentů napsalo 1 metodu sociální práce, kterou považují za nejefektivnější, 7 respondentů uvedlo 2 metody, které považují za nejefektivnější a 1 respondent uvedl 3 metody, které považuje za nejefektivnější. Jako nejefektivnější metodu uvedlo 16 respondentů práci s jednotlivcem, 11 respondentů uvedlo jako nejefektivnější psychoterapii, 6 respondentů uvedlo jako nejefektivnější práci se skupinou, 2 respondenti uvedli jako nejefektivnější case management, 2 respondenti uvedli jako nejefektivnější psychiatrickou rehabilitaci, 1 respondent uvedl jako nejefektivnější

práci s rodinou, ale žádný z respondentů neuvedl jako nejefektivnější práci s komunitou. U této otázky jsem se opět setkala se zmatením, jelikož mi jeden z respondentů uvedl jako nejefektivnější metodu práci s jednotlivcem, ale v další otázce uvedl, že tato metoda pro něj efektivní není. Dle mého se jednalo o nepochopení posloupnosti otázek, které se týkaly pozitivní efektivitu pro respondenty. Setkala jsem se také s tím, že jeden respondent uvedl metody sociální práce, které jsou mu poskytovány, ale zde jako nejefektivnější uvedl metodu, kterou neuvedl, že mu je poskytována. Je možné, že zvolenou nejefektivnější metodu zapomněl označit jako využívanou, nebo se zde jedná o nepochopení otázky. Odpovědí na nejefektivnější využívanou metodu je tedy práce s jednotlivcem.

V rámci 10 otázky proč je pro respondenty zvolená metoda sociální práce nejefektivnější mi odpovědělo 22 respondentů a 15 respondentů mi na tuto otázku neodpovědělo. 22 zaznamenaných odpovědí jsem si mohli přečíst v tabulce č.3 a také jsme si mohli povšimnout, že poslední dvě odpovědi v tabulce jsou negativního rázu. Zde se opět setkáváme s nepochopením otázky, či posloupnosti otázek, jelikož otázka byla opět cílena na pozitivní efektivitu využívané metody.

U 11 poslední otázky zda respondenti mají pocit, že se jejich stav od započetí léčby zlepšil mi odpovědělo všech 37 respondentů. 34 respondentů uvedlo jako svou odpověď ANO a 3 respondenti uvedli NE. Z výsledků tedy vyplývá, že respondentům léčba pomáhá a jejich stav se od započetí léčby lepší.

4.4. Diskuze

Nejprve by jsem chtěla opět zmínit, že jsem byla upozorněna, že práce s klienty s duševní poruchou není lehká a že dotazníky mohou působit zmateně. S tímto faktem jsme se mohli již seznámit v předešlé podkapitole, proto některé výsledky jsou zkreslené. Jak jsem již také upozornila nejedná se o žádná dramatická čísla v rámci zkreslení. V rámci tohoto upozornění se můžeme utvrdit ve faktu, že práce s lidmi s duševním onemocněním opravdu není vůbec jednoduchá, ba naopak.

V počátku diskuze by jsem chtěla poukázat na tento fakt, dle slov Karla Duška a Aleny Večeřové-Procházkové: podle nynějších názorů většinu psychických poruch nelze odvodit jenom z jedné příčiny. Vždy je nutné počítat s několika faktory, které se podílejí na vzniku psychických poruch (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Chtěla by jsem zde poukázat na všeobecný fakt o duševních poruchách a to, že vznikají z určitých příčin, mají na ně vliv různé faktory. Já osobně jsem názoru, že duševní poruchy, ale nejen duševní

poruchy jsou následkem nějakého traumatu, který si s sebou neseme z průběhu našeho života. Ať se jedná i o různé fobie a celkově diagnostikované poruchy. Tento fakt se mi povedlo potvrdit v mé bakalářské práci o sociální fobii. Zde jsem téhož názoru, samozřejmě nepopírám genetické predispozice, i ty mají velký podíl na rozvinutí poruch. V rámci mého průzkumu se mi ale i zde povedlo potvrdit, že 26 ze 37 respondentů nemá člena rodiny, který trpí stejnou, či jinou duševní poruchou jako oni. Zde se domnívám, že velký vliv na vznik duševní poruchy mělo trauma, či velmi nepříjemný zážitek, který prožili v průběhu jejich života.

V teoretické části, jsme se mohli dozvědět že většina psychických poruch vzniká v mladších letech, což se v rámci mého průzkumu potvrdilo, kdy 27 ze 37 respondentů uvedlo, že duševní porucha jim byla diagnostikována v rozmezí 17-35 let.

V rámci mé cílové otázky diplomové práce bylo zjistit jaké metody sociální práce jsou používány při práci s klienty trpící duševní poruchou, zda vůbec jsou nějaké používány a jaká metoda je používána nejčastěji. Také se zajímat o efektivitu používaných metod sociální práce. Z průzkumu jsem si potvrdila fakt, že metody sociální práce u lidí s duševní poruchou jsou používány, dále že jsou používány všechny metody sociální práce pro duševně nemocné, jako práce s jednotlivcem, s rodinou, skupinou, komunitou, psychiatrická rehabilitace, case management a psychoterapie. Jako nejpoužívanější metodou sociální práce je práce s jednotlivcem, která je i dle respondentů nejefektivnější. V teoretické části jsme se mohli i dozvědět, že práce s jednotlivcem je jedna z nejvíce doporučovaných metod pro práci s duševně nemocnými.

V rámci vyhodnocování otázky, jak dlouho se již respondenti léčí mi nejvíce respondentů, tedy 30 z 37 označilo, že více jak rok. Jak jsme se mohli v teoretické části dozvědět, duševní porucha je velmi vážná nemoc, která jen tak nezmizí a i po zlepšení léčby je důležité na léčbě stále pracovat. Což se v rámci průzkumu potvrdilo. Také jsme se v teoretické části mohli dozvědět, že po započetí léčby se stav pacienta zlepšuje do několika týdnů/měsíců dle diagnostikované poruchy, což jsme si opět mohli potvrdit v rámci vyhodnocení mé poslední otázky, zda se stav od započetí léčby zlepšil. Na tuto otázku mi 34 z 37 respondentů odpovědělo že ANO.

V závěru diskuze by jsem chtěla poukázat na to, že jsem velmi spokojena s výsledky průzkumu, jelikož jsem si potvrdila a odpověděla na mé cílové otázky.

ZÁVĚR

Diplomovou práci na téma „Metody sociální práce používané u klientů s duševními poruchami a jejich efektivita“ jsem si vybrala, protože mi jsou tyto témata blízká z důvodu vlastní zkušenosti. Také psát tuto práci doprovázela zvědavost a touha po nových informacích o této problematice.

Ve své diplomové práci jsem se v první části zaměřila na duševní poruchy z všeobecného pohledu a dále na konkrétní duševní poruchy jako schizofrenii, afektivní poruchy, konkrétně na bipolární poruchu, dále neurotické poruchy, konkrétně na obsedantně-kompulzivní poruchu a v poslední řadě poruchy osobnosti a to konkrétně na hraniční poruchu osobnosti. Zprvu jsem se zaměřila na definici duševních poruch, abychom se s nimi lépe seznámili, dále na možnosti léčby daných poruch konkrétně na prevenci, sociální šetření, psychoterapii a farmakoterapii a také na opatrovnictví osob s duševní poruchou. V poslední řadě jsem se zabývala metody sociální práce.

V druhé části mé diplomové práce jsem se zaměřila na průzkum, který jsem provedla pomocí dotazníkového šetření u lidí trpících duševní poruchou. Soustředila jsem se zde na můj cíl, metody, metodiku, operacionalizaci a v poslední řadě na výsledky mého průzkumu.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit jaké metody sociální práce jsou používány při práci s klienty trpící duševní poruchou, zda vůbec jsou nějaké používány a jaká metoda je používána nejčastěji. Také se zajímat o efektivitu používaných metod sociální práce.

V rámci mého průzkumu pomocí dotazníkové šetření jsem byla schopna odpovědět na mé cílové otázky a to tak, že metody sociální práce jsou poskytovány klientům s duševní poruchou, jsou používány všechny metody sociální práce pro duševně nemocné, jako práce s jednotlivcem, s rodinou, skupinou, komunitou, psychiatrická rehabilitace, case management a psychoterapie. Dále že nejpoužívanější metodou sociální práce je práce s jednotlivcem, která je i dle respondentů nejefektivnější. Některé metody sociální práce byly „vyzdvížené“ a mnohokrát označené jako používané a nejefektivnější a některým naopak označené pouze párkrát, ale důležité je, že se používají všechny dané metody, které pomáhají lidem s duševní poruchou k jejich úzdavě.

Také jsem dospěla ke zjištění, že teorie není tak daleko od reality. Ve spoustě otázek mi vyhodnocení průzkumu souhlasilo s danou teoretickou částí.

V závěru by jsem chtěla říci, že se mi diplomová práce psala velmi dobře, nově jsem se obohatila o poznatky, které jsou zajímavé a jsem potěšena výsledky mého průzkumu.

Seznam použité literatury

1. Bankovská Motlová, L., Španiel, F., *SCHIZOFRENIE Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta a.s., 2013. ISBN: 978-80-204-2993-3
2. Bourne, E., J., *Jak se zbavit úzkosti a fobií*. Olomouc: FONTÁNA, 2017. ISBN: 978-80-7336-890-6
3. Češková, E., *SCHIZOFRENIE a její léčba 3. vydání*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2012. ISBN: 978-80-7345-266-7
4. Dušek, K., Večeřová-Procházková, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN: 978-80-247-4826-9
5. Grambal, A., Praško, J., Kasalová, P., *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN: 978-80-247-5796-4
6. Juričková, L., Ivanová, K., Filka, J., *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN: 978-80-246-4786-6
7. Mahrová, G., Venglářová, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN: 978-80-247-2138-5
8. Matoušek, O., a kol., *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2008, 2013. ISBN: 978-80-262-0213-4
9. Praško, J., Grambal, A., Šlepecký M., Vyskočilová, J., *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019. ISBN: 978-80-271-0495-6
10. Probstová, V., Pěč, O., *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, s. r. o., 2014. ISBN: 978-80-262-0731-3

11. Reichle, J., *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3006-6

12. Vavrušová, L., a kol., *Bipolární porucha*. Martin: Osveta, spol. s. r. o., 2004. ISBN: 80-8063-161-1

Seznam příloh

Příloha č. 1: Symptomy duševních poruch

Příloha č. 2: Syndromy duševních poruch

Příloha č. 3: Hlavní směry a metody psychoterapie

Příloha č. 4: Dotazník

Příloha č. 1: Symptomy duševních poruch

V této části nalezneme konkrétní seznam příznaků duševních poruch (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

1. Vnímaní a jeho poruchy
2. Emotivita a její poruchy
 - a) Porucha afektů
 - b) Porucha nálad
 - c) Poruchy vyšší citů
 - d) fobie
3. Paměť a její poruchy
4. Intelekt a jeho poruchy
5. Myšlení a jeho poruchy
6. Vědomí a jeho poruchy
7. Pozornost a její poruchy
8. Orientace a její poruchy
 - a) Pudy, instinkty a jejich poruchy
9. Jednání, vůle a jejich poruchy
 - a) Poruchy volního jednání
10. Osobnost a její poruchy
11. Somatické projevy u duševních poruch
12. Neklid
13. Agrese
14. Autoagrese a sebevražedná aktivita

Příloha č. 2: Syndromy duševních poruch

V této části nalezneme konkrétní seznam syndromů duševních poruch (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

1. Abstinenční syndrom
2. Akinetický syndrom
3. Amentní syndrom
4. Anxiózní syndrom
5. Apatický a apaticko-abulický syndrom
6. Autistický syndrom
7. Deliriózní (delirantní) syndrom
8. Depersonalizační syndrom
9. Depresivní syndrom
10. Fobický syndrom
11. Halucinatorní syndrom
12. Halucinatorně paranoidní syndrom
13. Hyperkinetický syndrom
14. Hypochondrický syndrom
15. Hysterický syndrom (konverzní, disociační)
16. Katatonní syndrom
17. Manický syndrom
18. Neurastenický syndrom
19. Obnubilatorní syndrom
20. Obsedantní syndrom
21. Oneiroidní syndrom
22. Organický psychosyndrom (dementní syndrom)
23. Paranoidní syndrom
24. Paranoidně halucinatorní syndrom
25. Neurologické syndromy
26. Korové a podkorové syndromy

Příloha č. 3: Hlavní směry a metody psychoterapie

V této části nalezneme konkrétní seznam hlavních směrů a metod psychoterapie (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

1. Hlubinná a psychoanalytická psychoterapie: psychoanalýza rozlišuje vědomí, předvědomí a nevědomí. Cílem psychoanalýzy tedy je snaha o vytvoření náhledu a reintegraci osobnosti. Mezi současné proudy moderní psychoanalýzy patří egopsychologie, psychologie objektivních vztahů a selfpsychologie.
2. Dynamická a interpersonální psychoterapie: kdy dynamická psychoterapie věnuje zvýšenou pozornost interpersonálním vztahům a aktuálním konfliktním situacím a interpersonální terapie je orientovaná na problém, krátkodobou psychoterapii ve formě praktického manuálu.
3. Rogersovská psychoterapie: jedná se o terapii zaměřenou na klienta, terapie rozhovorem.
4. Behaviorální psychoterapie: vychází z teorie učení, kterou aplikuje na lidské chování.
5. Kognitivní psychoterapie: zaměřená na poznávací procesy, potažmo myšlení.
6. Kognitivně behaviorální psychoterapie: jde o kombinaci a syntézu metod behaviorismu a metod kognitivní psychoterapie.
7. Racionální psychoterapie: metoda zdůrazňující logické myšlení, rozum, soudnost a kritičnost
8. Sugestivní a hypnotická psychoterapie: obě metody vychází z logického myšlení pacienta
9. Návčiková psychoterapie: využívá princip opakování, učení a tréninku.
10. Logoterapie a existenciální analýza: jedná se o terapie smyslem a bytí.
11. Gestalt psychoterapie: vychází z celostního pohledu na člověka a jeho vztah s prostředím.
12. Psychoterapeutické přístupy zaměřené na práci s tělem: všechny psychické procesy a emoce s nimi spojené mají své koreláty a vyjádření také v ovlivnění funkcí vegetativního nervového systému, ale také ve svalovém napětí a držení těla.
13. Rodinná psychoterapie: zkoumá možnosti, jak pracovat s rodinami psychiatrických pacientů
14. Integrativní psychoterapie: přístup pokoušející se sjednotit různé teoretické přístupy do vyššího celku, nebo vytvořit teorii jim nadřazenou.

- 15.** Terapeutická komunita: ucelený systém léčebně rehabilitační péče, pojímající jedince v bio-psycho-sociálním kontextu
- 16.** Další psychoterapeutické modely
 - a.** Podpůrná psychoterapie
 - b.** Relaxační techniky
 - c.** Krátkodobá terapie

Příloha č. 4: Dotazník

Vážené respondentky, Vážení respondenti,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který mi poslouží jako podklad pro praktickou část mé diplomové práce na téma: „Metody sociální práce používané u klientů s duševními poruchami a jejich efektivita“.

Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou využity pouze k průzkumu této diplomové práce. Dotazník je rovněž také dobrovolný. V případě, že Vám otázka bude nepříjemná, nemusíte na ni odpovídat.

Správné odpovědi prosím zakroužkujte a v případě otevřené otázky Vás prosím o její vyplnění.

Předem Vám moc děkuji za spolupráci.

1. Jsem pohlaví

- Žena
- Muž

2. Duševní porucha mi byla diagnostikována v letech.

3. Máte člena rodiny, který trpí stejnou, či jinou duševní poruchou jako Vy?

- Ano
- Ne
- Jinou

4. Jaké sociální zařízení navštěvujete?

.....

5. Jakou dobu se již léčíte?

- Cca pár týdnů
- Cca půl roku
- Cca rok
- Více jak rok

6. Jsou Vám v daném zařízení poskytovány metody sociální práce? (metody sociální práce jsou: Práce s **jednotlivcem** – individuální, zaměřena zcela Vám na míru, **rodinou** – spolupráce při léčbě i s Vašimi blízkými, **skupinou** – sezení s několika lidmi, jak v otevřené či uzavřené skupině, se kterými si vyměňujete své pocity, myšlenky, zkušenosti, ..., **komunitou** – práce se společenstvím, komunitou lidí, jako například **terapeutická komunita** – kdy léčebné instituce umožňují otevřenou komunikaci všech členů daného zařízení včetně pacientů a podílení se na léčbě, **psychiatrická rehabilitace** – má Vám pomoci k tomu, aby jste mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby jste byli úspěšní a spokojeni ve Vašem přirozeném prostředí s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory, **case management (neboli případové vedení)** – jedná se o nastavení jednotného postupu různých odborníků a služeb, které směřují k Vaší stabilizaci a zplnomocnění – jde tedy o to, že všichni, kteří spolupracují na Vaší léčbě se sjednotí a domluví na jednotné léčbě, pomoci, **Psychoterapie** – jedná se o léčbu psychologickými prostředky (prostředky komunikační a vztahové povahy), které mají za cíl odstranit, či zmírnit potíže poruchy)

- Ano
- Ne

7. Jaké metody sociální práce jsou Vám v daném zařízení poskytovány? (vysvětleno viz otázka výše, prosím o zaškrtnutí všech metod, které jsou Vám poskytovány)

- Práce s jednotlivcem
- Rodinou
- Skupinou
- Komunitou
- Psychiatrická rehabilitace
- Case management (neboli případové vedení)
- Psychoterapie

8. Jsou pro Vás dané využívané metody sociální práce efektivní?

- Ano
- Ne

9. Která z využívaných metod je pro Vás nejefektivnější?

.....

10. Proč je pro Vás Vámi vybraná metoda sociální práce nejefektivnější?

.....

11. Máte pocit, že se Váš stav od započetí léčby zlepšil?

- Ano
- Ne

Abstrakt

V diplomové práci na téma „Metody sociální práce používané u klientů s duševními poruchami a jejich efektivita“ jsem se věnovala terminologii, kde jsme se seznámili s obecným pojmem duševní porucha a dále se dozvěděli základní informace o mnou vybraných duševních poruchách jako schizofrenie, afektivní poruchy, konkrétně bipolární porucha, dále neurotické poruchy, konkrétně obsedantně-kompulzivní porucha a v poslední řadě poruchy osobnosti a to konkrétně hraniční porucha osobnosti. Dále jsem se věnovala možnostem léčby duševních poruch, kde jsme se seznámili s prevencí a přístupem sociálního pracovníka, dále se sociálním šetřením, léčbou a s opatrovnictvím osob s duševní poruchou. V poslední řadě jsem se věnovala metodám sociální práce.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit jaké metody sociální práce jsou používány při práci s klienty trpící duševní poruchou, zda vůbec jsou nějaké používány a jaká metoda je používána nejčastěji. Dalším mým cílem bylo zjistit efektivitu používaných metod sociální práce. K dosažení mého cíle jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazník byl tvořen z 11 otázek, které byly polootevřené. V rámci průzkumu jsem došla k závěru, že metody sociální práce jsou poskytovány klientům s duševní poruchou, jsou používány všechny metody sociální práce pro duševně nemocné, jako práce s jednotlivcem, s rodinou, skupinou, komunitou, psychiatrická rehabilitace, case management a psychoterapie. Dále, že nejpoužívanější metodou sociální práce je práce s jednotlivcem, která je i dle respondentů nejefektivnější.

Abstract

In thesis on the topic "Social work methods used in clients with mental disorders and their effectiveness" I focus on the terminology. I am going to learn basic information about selected mental disorders such as schizophrenia, affective disorders, specifically bipolar disorder, neurotic disorders, specifically obsessive-compulsive disorder and lastly personality disorders, namely borderline personality disorder. Next, I am going to focus on the treatment possibilities of mental disorders, where I speak about the prevention and social worker approach. I continue with social survey and treatment&care for people with mental disorders. Finally, I am going to write about social work methods.

The main goal of my thesis was to find what methods of social work are used at work with clients suffering mental disorders. Also if in practice are any methods used and what kind

of method is used most often. My next goal was to find out the effectiveness of the methods used in social work. I used survey by a questionnaire. The survey contains 11 semi-open questions. After that I concluded that methods of social work are provided to clients with mental disorders and all methods of social work for the mentally ill are used. That means work with an individual, family, group, community, psychiatric rehabilitation, case management and psychotherapy. And next - the most used method of social work is working with an individual, which is according to the respondents the most effective.