Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Význam socioterapie v rámci komunitní péče o duševně nemocné

Bakalářská práce

Henrieta Dunčková

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. Václav Břicháček

2008

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 14.11.2008 .....

podpis

„Fokus je moje rodina.“

(klient, Fokus Praha)

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucímu své bakalářské práce Doc. PhDr. Václavu Břicháčkovi za ochotu a cenné rady. Dále bych také ráda poděkovala všem zaměstnancům a klientům občanského sdružení Fokus Praha, kteří byli během celé tvorby mé práce velmi ochotni a nápomocni. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za trpělivost, věcné připomínky a vytrvalou podporu.

Obsah:

Úvod ……. 6

Teoretická část

1. Socioterapie …… 9

1.1. Socioterapie v širší perspektivě …….. 9

1.1.1. Vymezení pojmů psychoterapie, socioterapie a farmakoterapie ……... 9

1.1.2. Vztah psychoterapie a socioterapie při léčbě duševně nemocných ……... 10

1.1.3. Vztah psychoterapie a psychofarmakoterapie při léčbě duševně nemocných ... 10

1.2. Ideová východiska socioterapie …….. 11

1.3. Nejčastější typy socioterapie v praxi …….. 12

2. Komunitní péče …….. 13

2.1. Pojmy komunita, komunitní psychologie a terapeutická komunita …… 13

2.2. Vývoj komunitní péče ……. 14

2.3. Principy komunitní péče …… 16

3. Fokus ……... 16

3.1. Ideová východiska Fokusu …….. 16

3.1.1. Situace v psychiatrické péči v ČR v roce 1989 ……. 16

3.1.2. Inspirace ze zahraničí …… 17

3.1.3. Založení, struktura a cílová skupina Fokusu …… 17

3.2. Služby Fokusu Praha ……... 20

3.2.1. Služby v oblasti zdravotní péče ……. 20

3.2.2. Služby v oblasti práce a zaměstnávání …….. 21

3.2.3. Služby v oblasti podpory bydlení …….. 24

3.2.4. Služby v oblasti sociální práce …….. 24

3.2.5. Služby v oblasti podpůrných aktivit …….. 25

3.2.6. Služby v oblasti aktivního trávení volného času …… 25

3.3. Dům u Libuše ……. 26

3.3.1. Volnočasové aktivity a služby Domu u Libuše …… 27

3.3.2. Náplň práce socioterapeuta ……... 28

4. Nejčastější druhy duševního onemocnění klientů Fokusu Praha …….. 29
4.1. Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy …… 29
4.1.1. Schizofrenie jako psychotická porucha ……. 29
4.1.2. Definice a příznaky schizofrenie ……... 30
4.1.3. Formy schizofrenie …… 31
4.1.4. Léčba schizofrenie ……. 32
4.1.5. Schizofrenie z pohledu existenciální analýzy …… 34
4.1.6. Sociální význam schizofrenie …… 34
4.1.7. Schizotypní poruchy a poruchy s bludy ……. 35
4.2. Jiné poruchy …… 36
4.2.1. Poruchy nálady (afektivní poruchy) …….. 36

Praktická část

5. Výzkum ……... 38
5.1. Metodologický rámec výzkumu ……... 38
5.1.1. Cíle výzkumu a použitá metoda výzkumu ……. 38
5.1.2. Tvorba otázek rozhovoru a realizace rozhovorů ……... 39
. 5.2. Analýza získaných odpovědí …….. 40

Diskuse a závěr ……... 45

Použité zdroje ……. 47

Úvod

„V životě potřebujeme nejen bydlet, jíst a pracovat, ale i setkávat se s dalšími lidmi, nacházet porozumění, mít možnost, jak a s kým trávit volný čas, tvořit, nebo se vzdělávat.“ (21, s. 8) Výše zmíněné se pro mnohé z nás může jevit jako samozřejmé, banální, a to zejména tehdy, máme-li možnost, jsme-li schopni tyto potřeby v rámci „všedních dnů“ uspokojovat. Nebanálně, nesamozřejmě mohou tato slova znít pro lidi staré a opuštěné, lidi bez stabilního rodinného zázemí a také pro duševně nemocné.

Duševně nemocní mají možnost uspokojovat potřeby, kterých se jim nedostává, ve speciálně vytvořených zařízeních, a to prostřednictvím rozličných aktivit a za asistence vyškolených profesionálů v dané oblasti. Cílem této práce je zaměřit se na jednu konkrétní možnost pomoci duševně nemocným – pomoci prostřednictvím socioterapie. „Socioterapeutické aktivity nejsou jen volnočasovými programy určenými k zábavě, nabízejí především podporu klientovi ve vytváření sociálních kontaktů, příjemné a bezpečné prostředí pro trávení volného času, pomoc s organizací a strukturací dne, zapojení do kolektivu, prosazení vlastních koníčků, sledování cíle směřujícího k aktivitě a seberealizaci.“ (21, s. 8) Z výše uvedených slov je patrné, že význam socioterapie může být pro duševně nemocného opravdu zásadní. Tuto skutečnost jsem také měla možnost několikrát pozorovat a ráda bych se ji pokusila v následujících stranách doložit.

K zaměření na socioterapii jako možnosti pomoci duševně nemocným mě vedla má tříletá zkušenost dobrovolnice v občanském sdružení Fokus, poskytující právě komplexní komunitní péči o dlouhodobě duševně nemocné. Náplní mé práce v tomto sdružení byla účast na volnočasových skupinových aktivitách klientů a posléze individuální práce s klientem. Osobní zkušenost mi umožnila nahlédnout do fungování zdravotnického zařízení založeném na principech komunitní péče[1]. Měla jsem možnost pozorovat a také být součástí neformálních vztahů, které se utváří i díky tamní přátelské a povzbudivé atmosféře.

Bakalářská práce je věnována nejdůležitějším aspektům, kterých se výše nastíněná problematika dotýká. Je rozdělena do dvou oddílů – teoretické a praktické části. Praktickou částí bych tuto práci ráda obohatila o jistý „lidský rozměr“ – nejde o kvantitativní sběr dat, ale o kvalitativní výpověď konkrétního člověka.

[1] Podrobnější výčet principů komunitní péče je součástí druhé kapitoly této práce.

První oddíl práce (teoretická část) je věnován teoretickému zakotvení tématu, čili socioterapii, a zejména uplatnění socioterapeutických přístupů v sdružení Fokus. Konkrétně je tato část práce strukturována do následujících čtyř kapitol:

V první kapitole "Socioterapie“ nejprve pohlížíme na socioterapii v širším kontextu – ve vztahu k psychoterapii a farmakoterapii při léčbě duševně nemocných. Dále pokračujeme užším vymezením daného léčebného přístupu, jeho ideovými východisky a nejčastějšími typy socioterapie v praxi.

Druhá kapitola je věnována tématu komunitní péče z obecného hlediska. Jsou zde zejména vymezeny důležité pojmy této oblasti, vývoj komunitní péče a principy komunitní péče, ke kterým se sdružení Fokus vztahuje.

Jádrem třetí kapitoly „Fokus“ je přehled služeb sdružení Fokusu Praha. Samostatná podkapitola patří Domu u Libuše, jež je centrem denních aktivit a spadá do služeb Fokusu Praha v oblasti aktivního trávení volného času.

Čtvrtá kapitola se zabývá nejčastějšími druhy duševního onemocnění klientů Fokusu Praha. Vzhledem ke skutečnosti, že téměř dvě třetiny klientů Fokusu Praha se řadí dle MKN-10[2] do diagnostické kategorie F2 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy, je daným duševním poruchám věnována podstatně větší část kapitoly.

Jádro druhého oddílu práce (praktické části) tvoří polostrukturované rozhovory s klienty Domu u Libuše. Tato část slouží k dokreslení problematiky, kterou se zabývám v teoretické části. Cílem je objasnit význam zařízení pro klienta prostřednictvím osobních výpovědí uživatelů socioterapeutických služeb. V rámci této části (pátá kapitola) se věnuji metodologii získávání dat a analýze získaných odpovědí. Ráda bych se také pokusila konkrétními odpověďmi respondentů obohatit teoretickou část bakalářské práce.

[2] 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Teoretická část

1. Socioterapie

1.1. Socioterapie v širší perspektivě

1.1.1. Vymezení pojmů psychoterapie, socioterapie a farmakoterapie

„V současné době platí v medicíně biopsychosociální paradigma, obohacené o ekologickou, kulturní, duchovní a etickou stránku člověka. Předchozí věta znamená, že při léčebné pomoci nemocnému jedinci (a jeho nejbližším) a při prevenci a rehabilitaci poruch zdraví nutno uvažovat (a zpravidla i ovlivňovat) všechny dříve jmenované dimenze a stránky člověka.“ (3, s. 238)

V rámci zdravotnické praxe v léčbě a rehabilitaci duševně nemocných se dle (3) zpravidla kombinují a prolínají následující způsoby léčby:

1. Psychoterapie – jedná se o „léčebné působení na poruchy, potíže a problémy psychologickými prostředky.“(18, s. 9) „Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Tím se liší jak od individuální psychoterapie, v níž jde o vztah mezi terapeutem a jedním pacientem, tak od kolektivní či hromadné psychoterapie, ve které působí terapeut psychologickými prostředky na více pacientů současně, avšak nevyužívá systematicky k léčebným účelům to, co se mezi nimi děje.“ (18, s. 15)
2. Socioterapie – socioterapie v širším slova smyslu znamená sociální pomoc lidem společensky nepřizpůsobivým (např. duševně nemocným, lidem propuštěným z vězení, lidem závislým na návykových látkách). (15) Vymětal (3) zařaďuje socioterapii do oblasti sociální medicíny, „tedy medicíny, v níž vystupuje sociální složka poruchy zdraví do popředí (např. u jakkoliv handicapovaných osob) a zároveň je i pracovní metodou, kdy sociální aspekt prolíná každou činnost v péči o pacienta a jeho nejbližší, protože v bio-psycho-sociálním paradigmatu je pacientem celá rodina (nikoliv jen identifikovaný pacient či tzv. nositel symptomů).“ (3, s. 239)
3. Farmakoterapie – pod pojmem farmakoterapie rozumíme léčení nemocného jedince pomocí léků, pojem „psychofarmakum“ označuje psychotropní látku, která má vliv na psychickou činnost člověka. (15) Léčba duševních nemocí psychofarmaky je nejčastější a nejrozšířenější metodou, vývoj daných léků se totiž zakládá na komerční

bázi. Vyrábějí se ve velkém množství, jsou snadno dostupné a účinné. (3) „Psychofarmaka jsou výborným a perspektivním obchodním artiklem.“ (3, s. 247)

1.1.2. Vztah psychoterapie a socioterapie při léčbě duševně nemocných

„Socioterapeutické aktivity, jež se obvykle uskutečňují v rámci menšího společenství, obsahují psychoterapeutický potenciál, čili účinné faktory psychoterapie.“ (3, s.240) Psychoterapeutickým potenciálem socioterapeutických aktivit je „členství ve skupině působící velmi příznivě zejména tehdy, je-li klient či pacient izolován od sociálních kontaktů.“ (3, s.240) Socioterapeutické společenství poskytuje jeho členům pocit přijetí, sounáležitosti s ostatními, emoční podporu, uznání, vzájemnou pomoc a informování, které působí psychoterapeuticky. (3) „Členové společenství provádějí různé aktivity a samo jejich zvládání, osvojování nových dovedností, případně nárůst výkonnosti vedou k potvrzení sebe sama, působí povzbudivě a zvyšují sebevědomí člověka, který se přesvědčuje o svém významu, místě mezi druhými i smysluplnosti světa, jestliže do něho aktivně vstupuje v rámci svých možností.“ (3, s. 240)

Skupina může na jedince působit i psychotraumaticky (např. pokud cítí opakovaně odmítnutí), z toho důvodu je vhodné, aby měli pacienti či klienti možnost své zkušenosti konzultovat s odborným psychoterapeutickým vedením. (3) „Psychoterapie a socioterapie se navzájem doplňují, a jak z praxe víme, jejich účinek se umocňuje.“ (3, s. 239)

1.1.3. Vztah psychoterapie a psychofarmakoterapie při léčbě duševně nemocných

„…kombinaci psychoterapie a psychofarmakoterapie lze považovat za možnou, často vhodnou a někdy nezbytnou.“ (3, s. 250) Psychofarmakoterapie bez spolupůsobení dvou výše uvedených způsobů léčby nevede duševně nemocné k tomu, aby porozuměli sami sobě a okolnostem propuknutí duševní nemoci. (3) „Léčba léky nemůže nahradit léčbu psychologickými prostředky – a naopak.“ (3, s. 248)

Vymětal (3) zdůrazňuje zásadu psychologického přístupu k nemocnému jako základ, od kterého se odvíjí další možnosti léčby. Pokud je možné vést duševně nemocného pouze psychoterapeuticky a minimalizovat jiné intervence, mluví o psychoterapii jako o první volbě. Při léčbě duševně nemocných se však neobejdeme ani bez socioterapie.

Žádný z trojice výše zmíněných způsobů léčby duševně nemocných by neměl být opomíjen a podceňován, a naopak.

1.2. Ideová východiska socioterapie

„Společnost pro podporu socioterapie“[3] definuje socioterapii jako systematické vedení životního prostředí skupiny klientů uvnitř funkční jednotky (většinou v lékařském prostředí), zaměřené na dosažení léčebných cílů této skupiny, ve smyslu naplnění léčebných cílů u individuálního klienta. Socioterapeuti pracují v týmu, to rovněž znamená, že všechny jejich intervence musejí být zkoordinované dle ucelených, předem formulovaných léčebných cílů. Neustále musí udržovat optimální rovnováhu mezi potřebami skupiny jako celku, zájmy různých podskupin uvnitř komunity a potřebami individuálního klienta. Tým socioterapeutů pomáhá klientům dát určitou formu a režim jejich každodennímu životu. Hlavní socioterapeutickou metodou je otevřená vzájemná výměna informací (komunikace a interakce), díky níž socioterapeut získává poznatky o potenciálu či omezení klienta a podle nich pak přizpůsobuje své intervence. (26)

Ideová východiska socioterapeutického přístupu (27) :

1. Socioterapie vychází z holistického[4] pojetí člověka. Podle tohoto pojetí je každá lidská bytost jednotou, kterou tvoří její tělesná, psychická, sociální a duchovní stránka, a která je jedinečná vzhledem k jejímu osobnímu vývoji.
2. Člověk je tvor samostatně fungující a zároveň závislý na společnosti.
3. Všichni lidé jsou si rovni, měli by mít stejná práva a měli by si toho být vědomi.
4. Člověk se vyvíjí a priori v interakci s druhými.
5. Lidé navzájem vytvářejí různé formy sociálních kontaktů.
6. Člověk potřebuje druhé k tomu, aby byl schopen realizovat svá přání a potřeby, jedná se o obousměrnou závislost a působení. Prostředí je proto pro rozvoj lidských schopností důležité.
7. Selhávání sociálních systémů může vážně narušit vývoj a duševní pohodu člověka.
8. Problémy se posléze projevují jako omezení schopnosti člověka samostatně fungovat.
9. Zdravotnické prostředí musí být koncipované jako léčebné prostředí a jako takové je důležitým terapeutickým nástrojem.

[3] Byla založena v roce 1986 v Holandsku. Jejím cílem je podporovat rozvoj socioterapie jako specifické služby uvnitř systému péče o duševní zdraví. (28)

[4] „vztahující se k celku“ (15, s. 192)

10. Zdravotnické prostředí musí splňovat podmínky, které klienta povzbuzují k učení se od druhých a s druhými tomu, co je nevyhnutné pro jeho osobní vývoj.

1.3. Nejčastější typy socioterapie v praxi

„Socioterapie zahrnuje přístupy a opatření, v nichž se využívá léčivého potenciálu lidské pospolitosti, lidského společenství. Je to tedy působení lidským prostředím a společenskými aktivitami v rámci primární, sekundární a terciární prevence[5] poruch zdraví.“ (3, s. 239) V praxi se můžeme setkat s následujícími pěti nejčastějšími typy socioterapie (3) :

1. Léčba prostředím (např. akceptující, solidární a povzbudivá atmosféra zdravotnického zařízení, esteticky či harmonicky působící okolí, pokud je klienti či pacienti spoluvytvářejí),
2. léčebné společenství (např. nemocní se spolupodílejí na řízení oddělení i léčbě), jde o „léčebně-rehabilitační systém, který je zaměřen na člověka jako na psychosociální a biologickou jednotku. Vedle medicínských prostředků v užším slova smyslu (farmakoterapie, fyzikální terapie apod.) je velký prostor vyhrazen psychoterapii a socioterapii (terapie prostředím a sociálními aktivitami, jako je společná práca, kulturní programy apod.).“ (3, s. 71)
3. sociorehabilitační programy (např. v rámci denních center či chráněných dílen nemocní překonávají sociální izolaci, rozvíjejí své praktické schopnosti a zapojují se do života),
4. svépomocné programy[6] (např. nemocní a jejich nejbližší vytvářejí skupiny stejně postižených, navzájem se informují, pomáhají si činem, organizují společné akce, výlety),
5. socioterapie v přirozeném prostředí (např. case managment, čili vedení případu, kdy odborný pracovník přímo vede osoby blízké nemocnému nebo postiženému při poskytování pomoci).

Centrum denních aktivit „Dům u Libuše“ v sobě zahrnuje výše zmíněné typy socioterapie v praxi.

[5] Dle (15) rozumíme pod primární prevencí předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované společnosti, zatímco sekundární prevence se zaměřuje na rizikovou skupinu, která je negativním jevem zvlášť ohrožena. Terciární prevence se zaměřuje na jedince, u nichž se už negativní jev projevil a snaží se o zmírnění jeho následků.

[6] „Svépomocné skupiny jsou dobrovolné organizace lidí, kteří se pravidelně scházejí, aby si vyměnili informace a vzájemně se podpořili při překonávání společného problému.“ (25, s. 580)

2. Komunitní péče

„Komunity“ [7]

„Mezi blázny je Boží láska, klid a pohoda,
mezi blázny se mě svět reálný přizpůsobuje a každý mě miluje.
Mezi křesťany je mír, soulad a bratrství,
mezi křesťany je dobré žít v lásce pohromadě.
Mezi přáteli zůstaň žít,
najdeš mezi nimi vše, o čem srdce tvé sní.“
(24, s.5)

2.1. Pojmy komunita, komunitní psychologie a terapeutická komunita

Komunita

Komunita – lat. communitas – společenství, jedná se o sociální útvar, jehož příslušníci jsou spojeni určitou spřízněností. (16) V širším smyslu se jedná o přirozené společenství v určité lokalitě (např. skupina lidí sdílejících společné zájmy), označuje lidské společenství (např. sousedství, zaměstnanci určité organizace). (15)

Komunitní psychologie

Komunitní psychologie – jejím základem je hnutí za duševní zdraví, které se snaží vytvářet a rozvíjet širokou síť sociálních služeb v každé komunitě. Ta pomáhá co nejvíc využívat ambulantní služby i léčbu a tím co nejvíc omezit dlouhodobé hospitalizace v zdravotnických, psychiatrických a nápravně výchovných zařízeních. V případech, kdy je hospitalizace nutná, je cílem péče ne vyléčit nemoc, ale dosáhnout stavu rovnováhy jedince v takové míře, aby se mohl co nejdříve vrátit do komunity a její sítě sociálních či zdravotních služeb. Komunitní přístup věnuje mimořádnou pozornost prostředí, v němž člověk žije. Na rozdíl od klinického přístupu, který se zabývá hlavně vnitřním životem jedince, komunitní přístup vede odborníky k tomu, aby se starali i o životní podmínky svých klientů – především

[7] Autorem básně je klient Fokusu Praha.

o bydlení, zaměstnání, lékařskou péči a možnosti využití volného času. Obecně lze říci, že komunitní péče je usilování o sociální změnu. Komunitní pracovník by měl analyzovat sociální situaci – odhalit sociální priority a potřeby dané komunity – a povzbuzovat její členy, aby poznali své vlastní problémy a pokusili se je zvládnout pomocí dostupných služeb. (9)

Terapeutická komunita

Hartl (9) definuje v širším pojetí terapeutickou komunitu jako specifickou formu organizace léčebné instituce. Tradiční autoritativní organizaci nahrazuje otevřená komunikace všech členů instituce včetně pacientů a jejich spolurozhodování a podílení se na léčbě. Léčebné působení se tak umocňuje a v nejširším slova smyslu jej lze považovat za léčbu prostředím. Ochota pacientů k soužití, vzájemná komunikace na všech úrovních bez ohledu na hierarchii rolí a rovnoprávnost v rozhodování místo tradičního přikazování shora patří také mezi hlavní zásady terapeutické komunity. Terapeutická komunita jako léčebná metoda tedy spočívá v tom, že na změně pacientovy osobnosti pracuje jak on sám, tak malá skupina, jíž je členem, a také celá komunita.

2.2. Vývoj komunitní péče

V první polovině dvacátého století sociální pracovníci opouštějí své kanceláře a vydávají se řešit sociální problémy do domácností svých klientů, do etnických ghett apod. Řídí se tak jedním z hesel komunitní péče, které zní „začni tam, kde jsou lidé“. Zjistili, že pro svou práci potřebují více nových, hlavně komunikačních dovedností, a že nestačí pracovat s jednotlivci, jejich rodinami a okolím, ale také s hlavními představiteli komunity. (10)

V období šedesátých let se komunitní péče rozvíjí velice rychle. Podle Hartla (10) je to důsledek snah o reformu společnosti ve Spojených Státech, Anglii a dalších západoevropských zemích. Šedesátá léta jsou totiž provázena studentskými bouřemi, sexuální revolucí, hnutím hippies a rostoucím užíváním drog mezi mládeží. Nový přístup k duševně nemocným nastínil J.F. Kennedy ve svém prohlášení ke Kongresu v roce 1963. Duševně nemocní lidé se podle něj měli integrovat do komunit. Zdůraznil, že principem programu pomoci by měla být prevence, úsilí o využívání finančních a lidských zdrojů a důraz na duševní zdraví spíše než na duševní nemoc.

V šedesátých letech dochází k většímu rozmachu tzv. komunitní psychiatrie, která se zabývá prevencí a léčbou duševních onemocnění a následnou rehabilitací nemocných pomocí komunitních programů. Je nazývána třetí revolucí v psychiatrii[8]. V průběhu druhé světové války se totiž kvůli následkům válečných traumat dostaly řady vojáků do psychiatrických léčeben. Ukázalo se, že velmi včasná léčba a spolupráce s psychology, sestrami a neprofesionálními pracovníky umožňuje návrat mnohých nemocných zpět do činné služby. Podle tohoto přístupu pak začala být utvářena komunitní péče v takových zdravotních centrech, jakým bylo např. známé psychiatrické zařízení Maxwella Jonese ve Skotsku. Způsob léčby, původně používáný pro oběti války, se začal osvědčovat i pro širší psychiatrickou klientelu. „Na duševní zdraví se začalo pohlížet jako na stav, v němž „normální“ bolest či zármutek může být reakcí na abnormální situaci.“ (10,s. 15)

Rychlý rozvoj antipsychotik v padesátých letech umožnil léčbu značné části psychiatrických pacientů v jejich domácím prostředí, mimo zdi ústavů. Radikální snížení počtu lůžek v psychiatrických léčebnách v USA vedlo k problémům s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty. Většina z nich se musela do dvou let vrátit zpátky buď jako akutní případy, nebo jiným způsobem. Znamená to tedy, že pokud komunita není schopna nemocným poskytovat rozsáhlou síť především psychosociálních služeb a péči, nelze omezit počet lůžek v klasických psychiatrických zařízeních. (9)

V sedmdesátých letech se komunitní péče zaměřila na slabší sociální vrstvy. Vytvořila se koncepce pozitivního duševního zdraví, která jako jediná umožňuje osobní rozvoj a naplnění života. Terénní pracovníci se začali zajímat o fungování celého socioekonomického systému. Zjišťovali, jakým způsobem mohou ovlivnit ty společenské instituce (např. rodiny, školy, soudy), které způsobují krize jednotlivců a celých skupin. (10)

Přístup v době osmdesátých let je označován jako holistické pojetí komunitní péče, kdy se na sociální problém nahlíží jako na celek, a to v globálním kontextu. Řeší se třídní a rasová nerovnost, dále nerovnost způsobená tělesným nebo duševním handicapem, věkem, pohlavím a sexualitou.V devadesátých letech dochází k odklonu od velkých teorií, sociální vědy se orientují na každodenní život, což se viditelně projevuje i v komunitní péči. „V devadesátých letech tak došlo k ukončení etapy postavené na abstraktních cílech a jejich nahrazení orientací na životní cíle dosažitelné za existujících okolností a možností změny. Výchozím bodem se stalo naslouchání a diskuse, nikoliv předem připravené interpretace a cíle.“ (9, s. 33)

[8] První revoluce proběhla ve středověku, kdy duševní choroby postupně přestaly být považovány za důsledek spojení se zlými silami či za posedlost ďáblem. Druhá revoluce pak proběhla na přelomu 19. a 20. století a souvisela se vznikem psychoanalýzy formulované S. Freudem. (9)

2.3. Principy komunitní péče

V této části uvádím principy komunitní péče, jež Fokus Praha deklaruje jako principy, které respektuje a ke kterým se vztahuje (19) :

1. Čtyřiadvacetihodinová dostupnost základní pomoci
2. Celkově snadná dostupnost zdravotních i sociálních služeb
3. Rychlé předávání odpovídajícím službám
4. Propojenost všech služeb
5. Návaznost poskytované péče
6. Možnost výběru služeb
7. Individuální přístup
8. Diskrétnost
9. Účelnost nákladů

3. Fokus

3.1. Ideová východiska Fokusu

3.1.1. Situace v psychiatrické péči v ČR v roce 1989 :

Prioritním cílem psychiatrické péče bylo omezovat negativní projevy duševně nemocných ve společnosti. To znamenalo v první řadě léčit pozitivní příznaky psychotických onemocnění a zároveň omezovat pohyb lidí s těmito příznaky na veřejnosti. Psychiatrie se prakticky nezabývala integrací lidí s duševním onemocněním do společnosti. Od toho se také odvíjel systém a metody psychiatrické péče a příslušný důraz na jednotlivé součásti léčby či rehabilitace. Důraz byl kladen především na farmakoterapii, psychoterapie byla pouze okrajovou a doplňkovou metodou v některých psychiatrických zařízeních a psychiatrická rehabilitace se v podstatě nepraktikovala. Komunitní programy, až na pár výjimek,

neexistovaly. Fungovaly pouze psychiatrické léčebny, psychiatrické oddělení nemocnic, psychiatrické ambulance a ojediněle několik denních sanatorií. (19)

Veškerá nemateriální pomoc lidem s těžším psychiatrickým onemocněním byla soustředěna ve zdravotnictví v rámci psychiatrické péče. Rozhodující slovo měli psychiatři, ostatní psychiatrický personál vykonával většinou zadání psychiatrů. Hmotnou pomoc zajišťoval psychiatrickým pacientům systém sociálního zabezpečení a to obvykle formou jejich invalidizace. Pacienti měli prakticky minimální možnost ovlivnit způsob a podmínky své léčby. Sociální práce byla i v psychiatrické péči ve velké míře omezena na úřednickou činnost zaměřenou na hmotné zabezpečení a na kontrolní a restriktivní činnost (tj. zda pacient dochází na kontrolní vyšetření, užívá léky, omezování způsobilosti pacienta, sociálně právní ochrana, apod.). (19)

Nabídka aktivizačních a jiných podobných programů v psychiatrických léčebnách byla minimální. Prakticky se v psychiatrické léčebně nepracovalo se zázemím pacienta v jeho domově. Tato zařízení plnila z velké části funkci sociální sítě – poskytovala azyl pro bezdomovce a další lidi sociálně nepřizpůsobivé, mnoho pacientů se nemělo kam vrátit, případně neměli venku zajištěnu potřebnou míru podpory a péče. Ve velké míře se používaly omezující prostředky. Veřejnost neměla do zařízení psychiatrické péče přístup. (19)

3.1.2. Inspirace ze zahraničí

V roce 1989 byla psychiatrická péče v ČR o cca dvacet až třicet let pozadu za moderním trendem v západní Evropě a severní Americe. Inspiračními zdroji zakladatelů Fokusu byly tyto trendy (19):

1. Deinstitucionalizace psychiatrické péče (zavírání, případně výrazná redukce lůžek v psychiatrických léčebnách) – mezi důvody tohoto procesu patřilo např. uvědomění si, že dlouhodobý pobyt pacientů v takovém zařízení vede k jejich hospitalismu a ztrátě sociálních dovedností a schopností, k prohlubování jejich handicapu, ztrátě normálních sociálních vztahů, včetně rodiny a blízkých, a snižuje šance pacientů na začlenění do běžné společnosti, včetně pracovního a společenského začlenění. Dalším důvodem bylo uvědomění si, že důraz na izolování psychiatrických pacientů vede ke zvyšování stigmatizace psychiatrických pacientů u veřejnosti. Změnu podmínek léčby vyžadovali taktéž rodinní příslušníci i uživatelská hnutí. Jak už bylo uvedeno, všeobecná vlna humanizace nastala po 2. sv. válce.

2. Psychiatrická rehabilitace – stává se vedle psychiatrické léčby rovnocenným nástrojem pomoci lidem s duševním onemocněním (znamená odklon od léčby pouze farmakologicky). Jejím hlavním cílem je pomoci dosáhnout duševně nemocnému co největší samostatnosti: psychologické, sociální, fyzické a ekonomické, ve výsledku zlepšit kvalitu života duševně nemocného. Je zde uplatňován holistický přístup a důraz se klade na silné, zdravé stránky klienta a na vztah mezi klientem a terapeutem.
3. Posílení role uživatele v systému psychiatrické péče – postupný proces posunu od velmi nerovnoprávného postavení pacienta, výrazně závislého na psychiatrovi a ostatním personálu, k roli uživatele, který ovlivňuje nejen způsob a metody své léčby a péče (a má k tomu dostatek informací), ale i podobu služeb, koncepci a systém psychiatrické péče.
4. Rozvoj komunitní péče – nejen programů lokalizovaných v komunitě, ale směřující do komunity a využívající co nejvíce běžných komunitních zdrojů. Navazuje na deinstitucionalizaci a ostatní uvedené trendy, mezi nejvíce uplatňované programy patří chráněné bydlení a chráněné dílny, podporované a přechodné zaměstnání, sociální družstva a firmy, krizové služby, týmy případového vedení, centra denních aktivit a sociální kluby, komunitní centra, poradny a informační centra.

3.1.3. Založení, struktura a cílová skupina Fokusu

„Posláním Fokusu Praha je podpora lidí se zkušeností s duševní nemocí spokojeně zvládat život a nalézat možnosti osobní realizace ve společnosti.“

(22, s. 5)

Fokus je „nestátní nezisková organizace sdružující psychoterapeuty, socioterapeuty, pracovní terapeuty, psychology, sociální pracovníky, odborníky ve vzdělání a další pracovníky včetně dobrovolníků.“ (22, s. 5) Nabízí v neústavních podmínkách komplexní komunitní péči o dospělé lidi s dlouhodobým duševním onemocněním (diagnosticky převážně se schizofrenním onemocněním), kteří často přicházejí po několikáté hospitalizaci v psychiatrické léčebně a v důsledku psychotické poruchy mají přiznaný invalidní důchod. Jedná se o denní stacionář[9]. (22)

[9] „Zařízení, které poskytuje specializovaný program pro dlouhodobě duševně nemocné, a to jak během terapie v akutním stadiu nemoci, tak i během následné rehabilitace.“ (15, s. 559)

Občanské sdružení Fokus bylo oficiálně založeno v únoru 1990, i když jeho první zárodky vznikly v Praze již před listopadem 1989, ale pod jinou hlavičkou. Během dvou let se toto sdružení rozrostlo o několik dalších zařízení v Praze a poté i o zařízení ve třech dalších regionech ČR. Zaměstnanci pražských zařízení založili 29.12.1992 Fokus Praha a veškeré služby v Praze pak přešly do tohoto nového subjektu. Protože některá zařízení již v Praze existují od roku 1990 a jejich zaměstnanci přešli do sdružení Fokus Praha, hlásí se Fokus Praha k roku 1990 jako ke svému zrodu. Jedná se prakticky o první organizaci, která začala budovat komplexní systém péče o duševně nemocné v České republice. (19, 20) V současné době působí v ČR celkem deset Fokusů[10], které mezi sebou úzce spolupracují.

Cílovou skupinou, pro kterou Fokus vznikl, byli od počátku dospělí lidé s duševním, zejména psychotickým onemocněním s dlouhodobou anamnézou i důsledky. Nejvíce klientů je ve věku 20 – 29 let (30%). Nejfrekventovanější diagnostickou kategorií jsou „schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy“, na druhém místě pak „poruchy nálady (afektivní poruchy)“. (20, 21, 22)

Obecnou vizí Fokusu Praha bylo od počátku „zlepšit podmínky péče o duševně nemocné a zvýšit jim tím kvalitu jejich života. Duševně nemocní včetně těch, kteří mají dlouhodobé problémy, jsou lidé, kteří jsou schopni za určité míry pomoci/podpory profesionála samostatně žít a zapojit se do života ve společnosti. To lze poskytováním služeb a pomoci přímo v komunitě a přímo na míru.“ (19, s. 5)

Vedle již zmíněných principů komunitní péče, ke kterým se toto sdružení vztahuje, jsou dalším ideovým východiskem Fokusu Praha principy psychosociální rehabilitace (19):

1. V centru psychosociální rehabilitace je klient, resp. základním cílem je zvyšování jeho kompetence.
2. Ziskem pro klienta je zlepšení života v prostředí, které potřebuje, a to s respektem k jeho volbě prostředí.
3. Psychosociální rehabilitace využívá metody práce z různých oborů a terapeutických škol.
4. Psychosociální rehabilitace pracuje se zdravou/silnou stránkou klienta, využívá jeho dovedností.
5. Základem procesu psychosociální rehabilitace je naděje.
6. Žádoucí je aktivní zapojení klienta do procesu psychosociální rehabilitace.

[10] Sdružení Fokus má své pobočky v následujících městech či krajích: Praha, Písek, Vysočina, Turnov, Tábor, Ústí nad Labem , Mladá Boleslav, Liberec, Opava, České Budějovice.

7. Dobře uvážené a časované snižování závislosti na terapeutovi může v budoucnosti vést k nezávislosti.
8. Základními nástroji psychosociální rehabilitace je rozvoj klientových dovedností a podpora prostředí, ve kterém žije.
9. Během psychosociální rehabilitace se zachovávají klientovy běžné aktivity.

3.2. Služby Fokusu Praha

„Mám kam jít, mám různé zájmy, když to nemáte, tak ztrácíte motivaci vůbec v každé činnosti, pak už neděláte vůbec nic.“

(klient, Fokus Praha)

Cílem služeb Fokusu Praha je podpořit lidi se zkušeností s duševní nemocí ve schopnosti žít ve společnosti, tzn. mít sociální vztahy, rodinu, bydlení a práci, určovat si svůj životní směr, uplatnit svůj talent, přednosti a silné stránky, mít životní perspektivu a existenciální jistoty, mít uspokojené základní materiální potřeby, starat se o své zdraví a léčit se, využívat kulturních a volnočasových institucí, vzdělávat se.

Prostřednictvím sociální rehabilitace, kam patří např. chráněná bydlení, zařízení určená k aktivnímu trávení volného času (konkrétně ve Fokusu Praha Dům u Libuše, Byty na půli cesty) získává nemocný nové zkušenosti o tom, že lze lépe fungovat ve společenství lidí bez pocitu ohrožení. Zde se mu vrací otřesená sebejistota a učí se znovu důvěřovat svému okolí. (12)

3.2.1. Služby v oblasti zdravotní péče

V rámci psychiatrické a psychoterapeutické péče poskytuje Fokus Praha tyto služby (21, 22) :

1. Denní sanatorium[11] – programy Denního sanatoria se snaží zmírňovat symptomy nemoci, předcházet krizi, integrovat nemocné a podporovat je v jejich samostatnosti. Klienti se učí pojmenovat vlastní potřeby a porozumět souvislostem své nemoci. Denní sanatorium poskytuje individuální, skupinové a rodinné terapie a také následnou péči klientům ve spolupráci s krizovým týmem.

[11] Jedná se o zdravotnické nelůžkové zařízení, které poskytuje psychiatrickou a psychoterapeutickou péči pro klienty a jejich rodiny. (21)

2. Krizový tým – služby Krizového týmu nabízejí telefonický kontakt a v případě náhlého zhoršení psychického stavu nebo v jiných naléhavých situacích také výjezd do terénu a pomoc v domácím prostředí klienta. Cílem je rychlá intervence u akutních potíží, prevence hospitalizace formou intenzivního kontaktu, případně její usnadnění a zkrácení.

3. Ateliér Extraart – zaměřuje se na podporu a rozvoj tvůrčího potenciálu lidí s psychiatrickou diagnózou a také lidí bez diagnózy. Expresivní terapie oslovuje každého svým individuálním způsobem a nabízí vlastní konfrontaci s druhými a okolním světem. Cílem terapeutické práce je oživení potenciálu sil, vytváření rovnováhy a integrace všech složek psychiky. Většina klientů využívá této služby každý všední den. Ateliér pořádá různé stáže, výcviky, semináře a další odborné kurzy a stává se tak podnětným prostředím pro odbornou i laickou veřejnost. Zároveň pořádá i volně přístupné vzdělávací kurzy a semináře v oblasti expresivních terapií a umění. Mezi akce určené pro klienty a veřejnost patří např. výstavy a cirkusová vystoupení[12].

3.2.2. Služby v oblasti práce a zaměstnávání

1. Chráněné dílny

V současnosti funguje v Praze osm chráněných dílen zajišťujících klientům dočasné pracovní uplatnění v chráněných podmínkách. Smyslem pracovní rehabilitace duševně nemocných v chráněných dílnách není jen výkon, který klienti podávají, ale spíše trénink pracovních dovedností a příprava klienta pro práci v běžných podmínkách. Pracovních míst v chráněných dílnách je několik typů, jsou zaměřeny na trénink zvládání běžných pracovních činností a rituálů, adaptaci na pracovní rytmus v chráněném prostředí nebo rehabilitačně ke zlepšování a zvyšování pracovního výkonu a samostatnější práci pod vedením pracovního terapeuta. Pracovní terapeuti zajišťují chod dílny, jsou zodpovědní za kvalitu pracovní rehabilitace a reagují na potřeby klienta v jejím průběhu. Přístup je individuální: dílna přizpůsobuje pracovní nároky možnostem klienta a přitom motivuje k výkonu v práci a k hledání změn a zlepšování se ve vykonávané činnosti. Způsob práce v jednotlivých dílnách se může lišit.

[12] „Všechny expresivní přístupy jsou originálním způsobem integrovány v projektu Cirkusu, který spočívá v týdenních rehabilitačních pobytech. Klienti i tým jsou vtaženi do alternativního světa cirkusu, kde společně hrají, zpívají, tancují, vyrábějí masky a pomáhají stavět šapitó. Na závěr připraví veřejné vystoupení.“ (22, s. 9)

Dílny většinou vyrábějí dárkové předměty určené k prodeji na trzích (např. vánočních a velikonočních), účastní se i celorepublikových prodejních akcí. Některé výrobní programy se realizují podle přání zákazníků, např. zakázková výroba dárkových předmětů. (21, 22)

Chráněné dílny Fokusu Praha:

1. Chráněná dílna Hvězdáři – zabývá se např. výrobou ozdobných látkových magnetů, papírových hvězd a neglazovaných květináčů.
2. Chráněná dílna Výtvarná – vyrábí drobné dekorační předměty z keramické hlíny, např. keramické knoflíky a zvířátka.
3. Chráněná dílna Trojský vršek – částečně je zaměřena na práci se sklem, např. na šperky ze skleněných korálků a skleněné vitráže zhotovené technikou Tiffany. Klienti mohou vyrábět i polštářky plněné vonnými bylinkami a kořením a na objednávku aranžovat suché květiny.
4. Chráněná dílna Šicí – práce v šicí dílně je náročnější a vyžaduje částečnou znalost práce na šicím stroji. Klienti se tady věnují výrobě dekoračních předmětů, bytových a oděvných doplňků, textilních hraček a oděvů.
5. Chráněná dílna Jinan – zabývá se výrobou kašírovaných předmětů, ozdob a jiných dárkových předmětů.
6. Chráněná dílna Bistro – práce v této dílně vyžaduje od klientů velkou míru samostatnosti, zahrnuje obsluhu zákazníků, přípravu občerstvení a odpovědnost za udržování pořádku na svém pracovišti.
7. Chráněné dílny Keramická a Rukodělná – soustředí se na výrobu dekorativních předmětů, vitráží, batik a šperků.

2. Centrum programů podpory zaměstnávání

Centrum programů podpory zaměstnávání poskytuje klientům následující služby (20, 22) :

Přechodné zaměstnání spočívá v tom, že klienti za intenzivní podpory trénují své pracovní a sociální dovednosti v nechráněném prostředí. Cílem podpory je přechod klienta na otevřený trh práce nebo do méně chráněných podmínek. Program umožňuje vyzkoušet si práci v běžných podmínkách na předem sjednaném místě (např. administrativní práce, práce spojené s distribucí a balením časopisů).

„Cílem podporovaného zaměstnání je nalezení a udržení stálého zaměstnání na otevřeném trhu práce.“ (22, s. 12) Klienti mohou využít individuální dlouhodobou podporu

pracovního konzultanta, poskytovanou před i po nástupu do práce. „V rámci tohoto programu podporujeme uživatele našich služeb při hledání práce na otevřeném pracovním trhu za rovných podmínek (podpora při jednání se zaměstnavateli, nácvik praktických dovedností – sepsání životopisu, motivačního dopisu, příprava na pohovor, orientace v nabídkách práce apod.).“ (22, s. 12)

Pracovní poradenství má většinou podobu krátkodobé služby. Zahrnuje pomoc při řešení konkrétního problému v pracovně-právní oblasti. Pracovníci poradenství se mohou zúčastnit jednání na úřadech s klienty a pomáhat klientům při výběru vhodného zaměstnání či rekvalifikace, ale nečiní za klienta kroky vedoucí k získání zaměstnání. Pracovní poradenství může mít i formu dlouhodobější spolupráce, ale pouze v individuálních případech.

Job club je vzdělávací seminář, který zahrnuje devět tříhodinových setkání s teoretickou a praktickou částí. Klienti si osvojují různé teoretické znalosti a dovednosti, např. „jak získat informace o možnostech zabezpečení v nezaměstnanosti, jak postupovat při ztrátě zaměstnání a jak na tuto ztrátu reagovat, jak a kde hledat práci, jak podat inzerát, vytvořit životopis a připravit se na pohovor. Dále se klienti dozví, co by měla obsahovat pracovní smlouva, jaké jsou druhy pracovního poměru, jaká je minimální mzda, jak se chovat první den v zaměstnání atd.“ (22, s. 12)

3. Sociální firma

Jedná se o „konkurenceschopný podnikatelský subjekt působící na běžném trhu. Práce v této firmě je vhodná zejména pro ty, kteří mají obtížný vstup na trh práce, problémy se na něm udržet a potřebují dlouhodobě či opakovaně určitou míru podpory ve zvládání pracovní činnosti.“ (22, s. 12) Na klienty, kteří zde figurují jako zaměstnanci, jsou kladeny větší nároky na samostatnou zodpovědnou práci a na výkon než v chráněných podmínkách. Týmy dvou sociálních firem Fokusu Praha nabízí zaměstnancům základní formu podpory, zaučení a společné hodnocení práce, v tomto případě se však už nejedná o pracovní rehabilitaci.

Sociální firma Jůnův statek nabízí profese spojené s provozem ubytovacího a restauračního zařízení (např. pokojská, číšník, kuchař, údržbář, recepční, pradlena). Sociální firma Zahrada je zaměřena na odborné zahradnické práce (např. pletí, udržování zeleně, okopávání vinné révy, sekání trávy). Zaměstnanci této sociální firmy pracují v terénu Botanické zahrady hlavního města Prahy a Galerie hlavního města Prahy – Trojského zámku. (22) „Filosofií sociální firmy Fokusu Praha je uspět na konkurenčním trhu, a to bez toho, aby se před veřejností propagovala tím, že zaměstnává duševně nemocné. Při návštěvě restaurace

se proto nepozná toto specifikum. Fokus Praha se tím snaží minimalizovat stigmatizaci zaměstnanců sociální firmy.“ (21, s. 4)

3.2.3. Služby v oblasti podpory bydlení

Cílem služeb v dané oblasti je umožnit klientům bydlet s co největší mírou samostatnosti a s co nejmenší mírou profesionální podpory. Klient si znovu osvojuje základní pravidla a principy samostatného bydlení (např. vaření, uklízení, osobní hygiena, samostatné užívání léků apod.). Aby mohla většina dlouhodobě duševně nemocných samostatně bydlet, potřebuje být alespoň po určitou dobu v kontaktu s profesionálním terapeutem. Fokus Praha nabízí svým klientům v rámci této oblasti následující služby (22):

Klienti, kteří chtějí bydlet nezávisle na rodině nebo léčebně, ale zpočátku potřebují větší podporu ze strany socioterapeutů, mají za určitých podmínek (např. ochota žít ve skupině, mít vlastní aktivity, motivaci ke změně) tuto možnost v Domě na půli cesty Lehovec. Pro klienty, kteří si přejí bydlet individuálně, ale jejich zdravotní stav vyžaduje pomoc a chráněné podmínky, jsou určeny Byty na půli cesty. Socioterapeut se s klientem schází podle domluvy v bytě i mimo něj. Třetí službou je tzv. podporované bydlení. Klienti, kteří se chystají bydlet samostatně (nebo už samostatně bydlí) ve vlastním bytě, podnájmu apod., mají možnost uzavřít se socioterapeutem dohodu o náplni a cílích podpory.

3.2.4. Služby v oblasti sociální práce

„Dlouhodobě duševně nemocný potřebuje zázemí, potřebuje místo, na které se může obrátit o radu či pomoc. Zároveň však potřebuje vědět, že na některé věci musí stačit sám, a naplnit tak svůj díl odpovědnosti za svůj život.“ (21, s. 6) Sociální práce doplňuje práci ošetřujícího lékaře a usiluje o maximální samostatné zapojení klienta do života. Tým sociálních pracovníků poskytuje dlouhodobou podporu i jednorázové intervence. Nabízí např. poradenství, spolupráci v oblasti bydlení, zaměstnávání, sociálního zabezpečení a aktivně tráveného volného času. V roce 2006 byly v jednotlivých regionech[13] ustaveny nové Komunitní týmy, které plní výše zmíněnou funkci sociálních pracovníků. „Kontaktní místa Komunitních týmů zajišťují první kontakt s klientem a dávají mu informace o všech službách

[13] Vstupem do služeb Fokusu Praha jsou kontaktní místa v jednotlivých regionech Sever, Západ, Jih a Střední Čechy (Sedlec a Mělník) podle místa bydliště.

Fokusu Praha. Komunitní týmy zprostředkovávají klientům služby „na míru“ na základě individuálního mapování potřeb.“ (22, s. 15)

3.2.5. Služby v oblasti podpůrných aktivit

Pro některé činnosti se Fokus Praha snaží plnit funkci určité „opěrné zdi“. Záměrem je pomoci vytvořit prostor, v němž budou moci některé aktivity fungovat bez asistence Fokusu a profesionálů. Tím je zejména oblast svépomocných či selfadvokačních aktivit a spolupráce s dobrovolníky.

„Oblast selfadvokacie, tedy hájení práv uživatelů služeb a hodnocení služeb samotnými uživateli, vyvrcholila v roce 2001 vytvořením zázemí a zahájením činnosti uživatelské skupiny Zrcadlo.“ (21, s. 10) Zmíněná skupina pravidelně navštěvuje zařízení Fokusu Praha, vede s uživateli besedy o kvalitě služeb, zjišťuje přání, potřeby a přijímá stížnosti a předává řediteli Sdružení a Radě sdružení na pravidelné poradě informace a podněty ke zlepšení služeb (v roce 2001 vytvořila např. schránky pro stížnosti, podílela se na hledání klientů do znovu otevřené chráněné dílny Truhlárna a na vytváření provozních změn v Domě u Libuše, kde měla zpočátku své zázemí). (21)

Dobrovolníci mají možnost účastnit se různorodých skupinových aktivit, které Fokus Praha ve svých dílčích zařízeních klientům nabízí (osobně jsem působila jako dobrovolnice v bývalém Centru psychosociální rehabilitace, které patřilo do regionu Západ). Druhou možností je individuální práce s klientem. Náplň této práce se odvíjí od momentální individuální potřeby klienta (např. pomoc se zařizováním vlastního bytu, spolupodílení se na vydávání časopisu Libušinka). Činnost dobrovolníků nahrazuje často chybějící přátelské vztahy, vyplňuje volný čas klientů a umožňuje jejich zapojení se do společenského života. Vztah dobrovolníka s klientem je zpravidla dlouhodobý. „Dobrovolnická činnost pomáhá více zviditelnit problematiku duševního zdraví a nemoci širší veřejnosti.“ (21, s. 10)

Jedné ze svépomocných aktivit klientů Fokusu Praha – vydávání časopisu Libušinka – se budu věnovat v podkapitole 3.3.„Dům u Libuše“.

3.2.6. Služby v oblasti aktivního trávení volného času

Následující dílčí centra Fokusu Praha „pomáhají lidem, z nichž většina je v plném invalidním důchodu, naplnit přirozenou potřebu každého člověka „mít kam jít, mít kde být a

mít s kým být.“ “.(22, s. 16) Domu u Libuše, který je součástí výše zmíněných služeb, je věnována následující samostatná podkapitola.

1. Centrum denních rehabilitačních aktivit (CEDRA) nabízí klientům trénink nejzákladnějších pracovních dovedností a schopností (např. práce s textilem, přízí a dřevem, pletení košíků, výroba dekorativních svícnů) v bazálně terapeutické dílně. Zájmová kutilská dílna dává klientům prostor pro individuální tvorbu či přiučení se něčemu novému. Klienti zde mají také možnost účastnit se podpůrných skupinových aktivit (např. relaxačních, pohybových či výtvarných). CEDRA pravidelně pořádá výlety, sportovní turnaje, přednášky nebo divadelní představení. (22)

2. „Centrum psychosociální rehabilitace“[14] – program centra byl zaměřen na podporu osobnosti klienta a jeho komunikaci s okolním světem. Centrum nabízelo sportovní, kulturní a vzdělávací programy: literární klub, angličtina pro začátečníky a pokročilé, němčina, vycházky po Praze, společné vaření, kurzy práce s počítačem, pravidelný sportovní program (např. volejbal, společné návštěvy posilovny nebo plaveckého bazénu), ženský klub (volný prostor pro téměř jakoukoli činnost, např. povídání si u kávy nebo čaje, společné čtení časopisů a knih, ruční práce, pečení). Prostřednictvím programů „kutilská skupina“ a „praktické dovednosti“ se klienti pod dohledem odborníka spolupodíleli na vytváření estetického a harmonického prostředí objektu, ve kterém dané centrum působilo. Centrum psychosociální rehabilitace pořádalo i jednorázové akce v podobě rehabilitačních pobytů či výletů. Jednotlivé uvedené programy podporovaly rozvoj sociálních i praktických dovedností klientů a zmírňovaly pocity sociální izolace. (22)

3.3. Dům u Libuše

„…dává mi to smysl života, neměla bych práci, neměla bych kam jít, čím naplnit čas…“

(klient, Fokus Praha)

Centrum denních aktivit „Dům u Libuše“ nabízí svým klientům prostor pro aktivity v rámci pevného stabilního programu a setkávání v příjemném prostředí. Poskytuje tedy lidem

[14] Z ekonomických důvodů muselo Centrum psychosociální rehabilitace v průběhu roku 2007 velmi radikálně omezit počet skupinových aktivit určených pro klienty. Centrum psychosociální rehabilitace v současné době neexistuje.

s duševním onemocněním sociální zázemí. „Reaguje tak na potřebu klientů komunikovat s lidmi, předávat a sdílet zkušenosti, poznat lépe sebe sama a realizovat se.“ (22, s. 16)

Zařízení se nachází v poměrně klidné vilové čtvrti přímo pod Vyšehradem a v blízkosti nábřeží řeky Vltavy. O jeho chod se stará čtyřčlenný tým socioterapeutů ve spolupráci s klienty. Průměrná denní kapacita centra je 20 – 40 klientů. V roce 2006 byl počet pravidelně docházejících evidovaných klientů cca 100. (22) Zařízení je otevřené každý všední den kromě soboty, kdy jezdí klienti společně se socioterapeuty na výlety.

3.3.1. Volnočasové aktivity a služby Domu u Libuše

„Pořád se učím něco nového, teď počítače.“
(klient, Fokus Praha)

1. Kavárna – kavárna je v zařízení otevřena každý den, pro klienty je jistou možností pracovní rehabilitace. Po úspěšném vykonání zkoušek v kavárně může klient obsluhovat ostatní (včetně socioterapeutů),
2. společenské hry – klienti mají k dispozici široký výběr společenských her, které jsou vhodnou příležitostí k „popovídání si“
3. muzicírování – někteří klienti hrají na hudební nástroje, v Domě u Libuše mají možnost svůj talent rozvíjet. Pro ostatní klienty i personál pořádají v prostorách zařízení i koncerty,
4. jazykové kurzy angličtiny, němčiny a francouzštiny,
5. sportování (např. fotbal, basketbal, společná návštěva plaveckého bazénu),
6. relaxace a jóga,
7. šití a oprava oděvů,
8. spolek vaření – klienti si osvojují základní praktické dovednosti, vaří se v předem domluvených skupinkách, jídlo se chodí nakupovat společně se socioterapeuty,
9. spolek rukodělných prací - klienti mají možnost učit se novým věcem nebo se v rukodělných pracích zdokonalovat (např. háčkování, vyšívání, pletení),
10. filmové večery s videem,
11. přednášky – přednášky vedené socioterapeuty (např. o systému léčby duševně nemocných v Holandsku) jsou pro klienty příležitostí, kdy se mohou dovědět ledacos nového, jsou příležitostí ke vzdělávaní,
12. malování,

13. tancování – klienti se mohou účastnit např. kurzu břišního tance vedeného jedním ze socioterapeutů,
14. fotografický kroužek,
15. knihovna, hudební knihovna, časopisy – klienti mají možnost půjčit si domů knížku, CD nosič i časopis,
16. možnost práce na počítači a přístupu na internet.

„…já jsem chodím jen tak, …spíš sama si posedím…“

(klient, Fokus Praha)

Mezi společné volnočasové aktivity klientů i socioterapeutů patří i sobotní výlety, návštěvy galerií, muzeí, kin, divadel a výstav. Klienti mohou vystavovat své práce v prostorech zařízení (vystavují se např. fotky, které klienti nafotili v rámci fotografického kroužku). Kromě výše uvedených služeb mají klienti možnost si v Domě u Libuše vyprat, osprchovat se, občerstvit se, jen tak klábosit u čaje nebo kafé. Pro individuální konzultace a sociálně právní poradnu je k dispozici tým socioterapeutů.

„ …mám to tady rád , baví mě tady hodně věcí…“

(klient, Fokus Praha)

V rámci Domu u Libuše má své zázemí a podporu klientská svépomocná aktivita – časopis Libušinka. Vydává se od roku 2000 a vychází jednou za dva měsíce. „Příspěvky píší převážně lidé, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním a prostřednictvím své tvorby se dělí se čtenáři o svůj pohled na svět. Účast na tvorbě Libušinky jim umožňuje určitou míru seberealizace.“ (22, s. 18) Každý den, v čase, kdy je otevřena kavárna, je možné zanechat u zaměstnanců literární či výtvarné příspěvky do časopisu.

„… pomáhá mi to v tom, abych se nedostal do deprese.“

(klient, Fokus Praha)

3.3.2. Náplň práce socioterapeuta

„… jsou moc hodní, laskaví a vyjdou každému vstříc, ale klienti si často neuvědomují, že socioterapeuti mají taky svůj život.“

(klient, Fokus Praha)

Dle (23) socioterapeut provádí s klientem přijímací pohovor, kdy podává o službě základní informace , mapuje potřeby klienta podle jeho aktuální sociální, zdravotní a finanční situace a nabízí klientovi další služby jak ve sdružení Fokus Praha, tak i mimo něj. Po vzájemné dohodě s klientem vymezuje pravidla spolupráce a společně s klientem formuluje cíl spolupráce. Jednotlivé kroky vedoucí k dosažení daného cílu sepisují v individuálním rehabilitačním plánu, který pak společně pravidelně hodnotí, popř. revidují. Socioterapeut by měl na měnící se potřeby a požadavky klienta pružně reagovat.

Socioterapeuti se podílí na budování a udržování komunity klientů v zařízení, vedou je v nácviku aktivního trávení volného času, popř. v nácviku dovedností pro samostatné bydlení, také vedou klienty k zájmu o činnosti i mimo danou službu, umožňují jim bezpečné sociální zázemí a rozvoj v sociálních vztazích a dovednostech vůbec. (3)

4. Nejčastější druhy duševního onemocnění klientů Fokusu Praha

Duševní porucha je dle WHO klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života, či zodpovědnosti při právních úkonech, obecně je to změna některých psychických procesů projevující se v chování a prožívání člověka a znesnadňující jeho interakci se sociálním okolím. (9) V současné psychiatrii se používají dvě velké klasifikace duševních a behaviorálních poruch – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) Světové zdravotnické organizace (WHO) používaná v Evropě a druhou je 4. revize Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace (APA).

„Vnější svět může být i pro zdravého člověka neutěšenou realitou, před níž uniká do snění a k fantazii. Odmítání reálného světa je v nestejné míře v povaze každého duševního onemocnění .“ (5, s. 94)

4.1. Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy

4.1.1. Schizofrenie jako psychotická porucha

Schizofrenie je nejtypičtějším případem tzv. psychotických poruch. Podle MKN-10 patří do diagnostické kategorie F2. Poruchy zařazené do této kategorie se vyznačují přítomností psychotických příznaků. „Jako psychózu označujeme takové duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému.“ (11, s.8) Psychotické příznaky se mohou vyskytovat také u některých jiných typů poruch, ale

nepatří k příznakům nezbytným, definujícím tyto poruchy. Pojem „psychotický“ je různě definován v kapitole „Schizofrenie a jiné psychotické poruchy“ v americkém manuálu DSM-IV (8) :

1. Vyskytují se zřetelné halucinace[15] a bludy[16] bez náhledu na jejich patologický původ.
2. Jedinec si může výrazné halucinace uvědomovat jako halucinatorní prožitky.
3. Kromě bludů a halucinací se vyskytují další pozitivní příznaky schizofrenie (např. dezorganizované myšlení a řeč nebo hrubě dezorganizované chování).
4. Rozhodujícím kritériem je závažnost funkčního postižení. Porucha je považována za „psychotickou“, jestliže vede k postižení, které hrubě narušuje kapacitu schopností vyrovnat se s požadavky normálního života.
5. Ztráta schopnosti ohraničit svoje „jáství“ nebo hrubé postižení při kontrole reality.

4.1.2. Definice a příznaky schizofrenie

Pojem „schizofrenie“ je odvozen z řečtiny, kdy „schizo“ znamená štěpit se a „phren“ znamená rozum a myšlení. Tato nemoc byla popsána již v antice v nejstarších medicínských textech, ale název schizofrenie zavedl až významný německý psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939), chtěl tak zdůraznit přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Laická veřejnost si tento termín často mylně vykládá jako „rozštěpení osobnosti“. (11)

„Schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“ (7, s. 177)

Zpravidla se objevuje v epizodách (psychotických krizích – atakách) či posléze v opakováních – relapsech (znovuvzplanutí choroby). Patří k nejzávažnějším a nejčastějším duševním poruchám. Četnost výskytu onemocnění je všude téměř stejná a rovněž je stejná u mužů i u žen. Onemocní asi 1-1,5% populace, tj. přibližně jeden člověk ze sta. Schizofrenie začíná nejčastěji během dospívání, může tomu předcházet různě dlouhé období několika měsíců až let, kdy se tito lidé postupně mění, uzavírají se a přerušují sociální kontakty[17]. Je velmi podstatné přistupovat k onemocnění správně od

[15] Jedná se o poruchy vnímání - falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu a nemocný je o jejich existenci nevývratně přesvědčen. Dělí se na halucinace smyslové (např. zrakové, sluchové), elementární (např. jiskry, blesky, hluky) a komplexní (např. situace, hovor, příkaz). (11, 15)

[16] Jedná se o poruchy myšlení-nepravdivé, falešné představy, které nemocnému připadají naprosto pravdivé a nedá si je vymluvit. (11)

[17] Jedná se o tzv. prodromální příznaky – přecitlivělost a slabost ega (např. neschopnost snášet úzkost, neschopnost ovládat vlastní impulzivitu, snížená schopnost prožívat radost), nápadnější introvertní zaměření

samého začátku, o čemž svědčí fakt, že při včasném zásahu odborníků se třetina nemocných po první atace plně uzdraví, u druhé třetiny se nemoc občas vrací a poslední třetina má průběh chronický (11).

Příznaky schizofrenie můžeme rozdělit na pozitivní (nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí), negativní (oslabení nebo ztráta normálních funkcí) a kognitivní (problém ve výběru a zpracování vnějších a vnitřních informací) (11) :

- pozitivní příznaky: bludy, halucinace, dezorganizace řeči a hrubě dezorganizované nebo katatonní[18] chování
- negativní příznaky: snížení až vymizení motivace, ochuzení citů, omezenost komunikace a chudost obsahu řeči, obtíže s rozhodováním a plánováním a oslabení až ztráta vůle a spontaneity
- kognitivní příznaky: poruchy pozornosti, paměti, učení a řídící funkce[19]

4.1.3. Formy schizofrenie

Vágnerová (7) mluví o nejčastějších formách schizofrenie podle MKN-10 a DSM-IV :

1. Paranoidní schizofrenie je „schizofrenní porucha, při níž dominují relativně stálé paranoidní[20] bludy obvykle doprovázené halucinacemi, zvláště sluchovými, a dalšími poruchami vnímání. Narušení emotivity, vůle, řeči a katatonní příznaky buď chybějí, nebo jsou relativně nenápadné.“ (8, s. 160) Dle Vágnerové (7) tato forma schizofrenie vzniká v pozdějším věku než ostatní varianty, zpravidla do 40 až 45 let.
2. Hebefrenní schizofrenie je „forma schizofrenie, začínající obvykle v adolescenci nebo časném věku dospělosti, při níž jsou v popředí emotivní změny, proměnlivé, nesystemizované bludy a halucinace, nevhodné a nepředvídatelné chování a často manýrování. Nálada je oploštělá a nepřiměřená, myšlení narušené a řeč inkoherentní. Je zřejmá tendence k sociální izolaci. Prognóza je spíše špatná pro rychlý rozvoj negativních příznaků, zvláště oploštění emocí a ztráty volních schopností.“ (8, s. 161)

(např. uzavřenost, omezená schopnost citově prožívat a vyjadřovat své emoce), omezená samostatnost, obtíže v mezilidských vztazích a nižší výkon ve škole a zaměstnání (nemusí jí o lidi s nižší inteligencí). (7)

[18] Termín označující ztuhlost, neschopnost se hýbat, např. mluvit. (15)

[19] Jedná se o poruchu pochopení, vysvětlení a udržení informace.

[20] Termín označující chorobné, dominující myšlenky nebo vztahovačné bludy, týkající se jednoho nebo několika témat – většinou pronásledování, lásky, nenávisti, žárlivosti, poct, vedení sporu, velikášství atd. .(8)

3. Katatonní schizofrenie je „schizofrenní porucha, při níž jsou v popředí zřetelné a rušivé psychomotorické příznaky, které mohou střídavě měnit svou podobu mezi extrémy, jako jsou hyperkineze a stupor, nebo povelový automatismus a negativismus[21]. Po dlouhá období se mohou udržovat strnulé postoje a pózování (nástavy). Kritické mohou být epizody zuřivého neklidu.“ (8, s. 162) Hyperkineze tady znamená zřetelně nesmyslnou motorickou aktivitu nezpůsobenou vlivem zevních podnětů, zatímco pod pojmem stupor rozumíme zřetelné snížení reaktivity na vnější prostředí a redukci spontánních pohybů a aktivity.(8)
4. Simplexní schizofrenie je „porucha, při níž dochází k plíživému, nicméně postupujícímu rozvoji podivínského chování, neschopnosti plnit požadavky příslušného společenství a k poklesu celkového výkonu.“ (8, s. 164)

Existují i kombinované typy a tzv. nediferencované schizofrenie, které není možné zařadit k žádnému ze specifických druhů, nebo obsahují rysy z více než jednoho z nich.

4.1.4. Léčba schizofrenie

V minulosti byl vzhledem k malým možnostem léčby často konečným výsledkem stav chronicky duševně nemocného člověka , který nebyl schopen se o sebe postarat. Průběh onemocnění a vyhlídky nemocných trpících schizofrenií a dalšími psychózami se ale v posledních desetiletích díky novým postupům a možnostem léčby výrazně změnily. Léčba se liší podle fáze onemocnění, v níž se postižený nachází, a podle míry dalšího postižení (11):

1. Při akutních stavech se podávají tzv. antipsychotika – léky cíleně potlačující psychotické příznaky.
2. K zabránění vzplanutí nových atak nemoci je opět nejdůležitější pravidelné užívání antipsychotik.
3. Mezi akutními atakami nemoci, v době zmírnění nebo vymizení příznaků, se dostávají do popředí psychoterapeutické postupy, které nemocnému pomáhají vyrovnat se se svou situací.

[21] Dle MKN-10 (1) se jedná o zřetelně neúčelný odpor ke všem instrukcím nebo pokusům o pohyb, nebo pohyb na opačnou stranu.

4. Pokud je pacient postižen sociálně, profesně, nebo je invalidizován, pak dostávají přednost socioterapeutické metody, které napomáhají nemocnému zařadit se zpátky do společnosti.

Pokud je léčba postiženého ambulantní formou příliš zatěžující nebo pokud nemocný v důsledku svých psychotických prožitků ohrožuje sám sebe či okolí, jak tomu bývá při prudkých nebo déle trvajících krizích, je možná psychiatrická hospitalizace. (11) Po návratu z psychiatrické léčebny mohou nemocní využívat komplexní komunitní péči, kterou poskytuje např. sdružení Fokus Praha.

Stejně jako je vznik schizofrenie tzv. multifaktoriální záležitostí[22], tak i léčba tohoto onemocnění by měla být komplexní. Její cílem je odstranit příznaky a minimalizovat možnost vrácení (léčba antipsychotikama), dále zocelit nemocného vůči stresu, protože nové epizody nemoci bývají často vyprovokovány nadměrným stresem a v neposlední řadě pomoci s problémy, které život duševně nemocného člověka přináší (psychosociální přístupy). „Kombinace medikace antipsychotiky a psychosociální intervencí má podstatně lepší výsledky než léčba separovaná.“ (11, s. 33) Socioterapií, která patří mezi psychosociální přístupy, se budu podrobněji zabývat v páté kapitole.

Chronická schizofrenie

Je charakterizována tzv. negativními symptomy, které znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí (7) : snížená aktivita a pomalost, emoční plochost a apatie, chudost myšlení, omezení jeho produktivity a plynulosti, snížení iniciativy a ztráta motivace k čemukoliv, izolace od společnosti a úpadek sociálního chování.

„Pro nemocné s chronickou schizofrenií v klidové fázi je třeba zorganizovat denní režim a program. Nemocní sami toho většinou nejsou schopni, mají zpravidla tendenci izolovat se a nic nedělat, často nedbají ani sami o sebe. Pro svou obecně menší zatížitelnost potřebují ochranu před stresem, tj. před nadměrným přetěžováním, ale zároveň je nutné udržovat jejich stávající schopnosti i určitý kontakt s lidmi.“ (7, s. 184)

Chronicky duševně nemocným velmi pomáhá utvoření přiměřeného programu dne. „Napomáhá pacientovi v obecné orientaci a zároveň ho stimuluje, zprostředkovává mu pocit užitečnosti a smyslu, usnadňuje situaci rodinným příslušníkům.“ (7, s. 184)

[22] Má více příčin – dědičnost (dědí se určitá vloha k onemocnění psychózou), vlivy prostředí a události, které ten daný jedinec prožil. (11)

4.1.5. Schizofrenie z pohledu existenciální analýzy

„Nežijeme, ale doufáme žít.“

(B. Pascal)

„Zdá se, že my lidé jsme tvorové hledající smysl, přičemž máme tu smůlu, že jsme vrženi do světa, aniž známe smysl. Jedním z našich hlavních úkolů je vymyslet si smysl dostatečně silný, aby byl odůvodněním života a vykonal ošidný manévr popření našeho osobního autorství tohoto smyslu.“ (17, s. 132)

Existenciální analýza[23] zkoumá veškeré údaje o životě jedince a pátrá po jejich smyslu a hodnotě pro jeho život. (15) Někdy se člověk dostane do situace, ve které ztrácí svou životní roli a hodnotu, nic nedává smysl a převládají pocity prázdnoty a absurdity. Tyto situace jsou dle Syřišťové (4) základním zdrojem duševních poruch a z tohoto hlediska je nutné zkoumat také schizofrenní projevy.

„Schizofrenie se jeví jako zvláštní způsob existence, jehož stěžejním problémem je samota, izolace, bezvztahovost, odtrženost od reálného dění a ztráta životního smyslu.“ (4, s. 47-48) V pojetí existenciální analýzy schizofrenní člověk cítí, jakoby se mu zhroutily opěrné body, všechno se jeví jako zbytečné a není schopen se v ničem rozhodnout. „Podaří-li se vnést do života nemocného naději, cíl nebo hodnotu, které uvedou jeho psychiku do pohybu, je možno v mnoha případech zabránit dalšímu rozvoji psychózy.“ (4, s. 49)

Právě zde může pomoci i socioterapie. Socioterapeutická metoda léčby vede klienta k zapojení se do kolektivu , k sledování cíle směřujícího k seberealizaci. (21)

4.1.6. Sociální význam schizofrenie

Duševně nemocní velmi často přicházejí v průběhu nemoci o řadu „opěrných“ bodů v životě – rodina, přátelé, zaměstnání, škola, atd. Po odeznění ataky většinou přicházejí obavy o budoucnost, často dochází k naprosté ztrátě sebedůvěry a strach z nálepky duševně nemocného.

„V každé společnosti se pod vlivem tradice i aktuálního sociokulturního standardu vytváří určitý stereotyp duševně nemocného, tj. soubor vlastností, které jsou takovému člověku automaticky přičítány.“ (7, s. 168) Nezvyklé projevy chování duševně nemocných způsobují negativní reakce okolí. Odchylka od normy většinou vede k odmítání odlišného

[23] Daseinanalýza, jedná se o existenciálně orientovaný psychoterapeutický směr, který se rozšířil přibližně po roku 1940, jeho zakladatelem byl L. Binswanger. (4, 15)

jedince nebo k jeho úplnému vyloučení ze společnosti. Vážná duševní nemoc je tedy silně stigmatizující[24]. Vágnerová (7) vysvětluje tento postoj ze dvou hledisek:

1. racionální – snížená míra porozumění podstatě takové choroby
2. emocionální – v nejlepším případě se podle ní jedná o ambivalentní postoj, spojující soucit a odmítání, negativní pocity jako jsou např. nechuť a odpor mohou být důsledkem problematické komunikace a obtížného usměrňování nepříjemných projevů nemocných

Integrace duševně nemocných do většinové společnosti zdravých je tedy častým problémem, protože schopnost této společnosti je přijmout je značně omezena. Pobyt takto nemocných v psychiatrických léčebnách nebo navštěvování dalších typů zařízení pro ně určených tedy může představovat určitou izolaci, avšak jedinci s psychotickou poruchou bývají tady v různých směrech uspokojováni lépe, než kdyby byli vystaveni tlaku norem zdravé populace (např. v komunitě s dalšími duševně nemocnými) (7) „Preference společnosti stejně postižených souvisí s tzv. efektem similarity. Lidé si lépe rozumějí, protože mají obdobné problémy a reagují na ně obdobnými způsoby řešení.“ (7, s. 101)

4.1.7. Schizotypní poruchy a poruchy s bludy

Smolík (8) definuje schizotypní poruchu takto: „Schizotypní porucha se vyznačuje excentrickým chováním a anomáliemi myšlení a emotivity, které připomínají schizofrenii, ale není přítomen žádný ucelený a charakteristický schizofrenní příznakový okruh. Začátek poruchy není definován a vývoj i průběh jsou obvykle podobné jako u poruch osobnosti.“ (8, s. 177)

Trvalé duševní poruchy s bludy jsou „poruchy, u kterých jedinou nebo nejnápadnější charakteristikou jsou dlouhodobé bludy a které nemohou být klasifikovány jako organické, schizofrenní nebo afektivní.“ (8, s. 179) Do kategorie poruch s bludy dále řadíme akutní a přechodné psychotické poruchy, indukované poruchy s bludy (folie à deux), schizoafektivní poruchy a jiné neorganické psychotické poruchy.

[24] „Stigmatem se rozumí znamení hanby či méněcennosti, jež vede k odmítání jeho nositele.“ (2, s. 33)

4.2. Jiné poruchy

4.2.1. Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Druhou nejčastější diagnostickou kategorií klientů Fokusu Praha jsou poruchy nálady (afektivní poruchy). „Hlavním projevem poruch nálady je změna nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese se současnou úzkostí nebo bez ní) nebo zvýšení (hypománie, mánie). Tyto změny nálady jsou obvykle doprovázeny změnou všeobecné úrovně aktivity a většina dalších příznaků je druhotných nebo snadno srozumitelných v kontextu změn nálady a aktivity. Většina poruch nálady má tendenci k periodicitě. Začátek jednotlivých epizod bývá často spojen se zátěžovými situacemi.“ (8, s. 200) Dle MKN-10 (1) do této kategorie patří manická epizoda, bipolární afektivní porucha, depresivní porucha, rekurentní depresivní porucha, trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy), jiné poruchy nálady (afektivní poruchy) a nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha).

Praktická část

5. Výzkum

5.1. Metodologický rámec výzkumu

5.1.1. Cíle výzkumu a použitá metoda výzkumu

V prvním oddílu práce jsem se snažila zejména o teoretické zakotvení jedné konkrétní možnosti pomoci duševně nemocným – socioterapii a o objasnění uplatnění socioterapeutických přístupů v sdružení Fokus Praha. Praktická část práce slouží k dokreslení dané problematiky. Cílem je objasnit význam zařízení (Centrum denních aktivit „Dům u Libuše“) pro klienty prostřednictvím osobních výpovědí uživatelů socioterapeutických služeb (klientů Focusu Praha pravidelně docházejících do Domu u Libuše).

Po důkladné konzultaci s týmem socioterapeutů v Domě u Libuše jsem pro výzkum zvolila jednu z kvalitativních metod - metodu polostrukturovaného rozhovoru, a to z více důvodů:

1. „Kvalitativní výzkum dělají badatelé v sociálních a psychologických vědách, stejně jako praktičtí pracovníci v oborech, které se zabývají lidským chováním a fungováním. Tento styl výzkumu se používá při zkoumání organizací, skupin i jednotlivých osob.“ (13, s. 12)

2. Domnívám se, že vzhledem k duševnímu onemocnění klientů je metoda osobního rozhovoru nejvhodnější, poskytuje jim silnější pocit důvěry a bezpečí. Dle (14) je osobní vztah s účastníky výzkumu základním předpokladem úspěchu. „Autentičnost vztahu patří mezi základní kritéria validity.“ (14, s. 26)

3. Výhodu této metody pro můj výzkum vidím v nižší strukturaci rozhovoru a možnosti úprav v průběhu samotného výzkumu. Některé okruhy otázek, stejně jako jejich samotné znění a pořadí jsou ponechány více na tazateli, jiné mohou mít plně strukturovanou formu. (14)

4. Metoda umožňuje použít doplňující otázky, které mi mohou pomoci mnohem lépe uchopit danou věc, v případě nejasností si ověřit správnost pochopení a interpretace odpovědí respondentů a dosáhnout tak vyšší přesnosti a obsažnosti sběrných dat. Povaha takto získaných dat je hlubší a bohatější. (14)

Výzkumnou skupinu tvořilo pět klientů[25] Domu u Libuše, kteří toto centrum denních aktivit pravidelně a již po delší dobu navštěvují[26]. Všichni dotazovaní klienti diagnosticky spadají do již dříve zmíněné kategorie F2 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy. Při výzkumu jsem si byla vědoma nízkého a omezeného počtu respondentů a tudíž jsem se snažila vyvarovat přílišnému zobecňování.

5.1.2. Tvorba otázek rozhovoru a realizace rozhovorů

.

Socioterapeutické služby a aktivity by měly duševně nemocnému poskytnout podporu ve vytváření sociálních kontaktů, pomáhat mu s organizací a strukturací dne, s efektivním vyplněním volného času, se zapojením do kolektivu, měly by ho vést k prosazení vlastních zájmů a zálib apod. (21)

Při sestavování kostry rozhovoru jsem vycházela z výše zmíněných cílů socioterapeutického přístupu. Cenné rady mi rovněž poskytl tým socioterapeutů v Domě u Libuše. Využila jsem také svých zkušeností z dobrovolnické práce pro občanské sdružení Fokus Praha a poznatků z literatury zaměřené na metody kvalitativního výzkumu.

Ještě před samotnou realizací rozhovorů jsem navštěvovala Dům u Libuše dostatečně dlouhou dobu na to, abych slovy jednoho ze socioterapeutů „zapadla“. „Získání důvěry a motivace k účasti na interview je naprosto klíčové.“(14,s. 164)

Jednotlivá setkání s klienty byly vždy zprostředkovány socioterapeutem, který klienty rovněž obeznámil s mou prací a výzkumem. V úvodní části rozhovoru jsem pak tuto základní informaci zopakovala a rozvedla do potřebné hloubky. Dle Miovského (14) obecně platí, že jiný postup není tak úspěšný a je pro tazatele náročnější.

Rozhovory jsem vedla s jednotlivými klienty samostatně v jejich „domácím“ prostředí – přímo v prostorách Domu u Libuše. Snažila jsem se o vytvoření co nejpřirozenějších podmínek. Kvalitu rozhovoru může ve velké míře ovlivnit i projev a vzhled tazatele. (14)

Rozhovory, které jsem prováděla v době pro klienty co nejvíce časově neutrální a s respektem k jejich zvyklostem, trvaly dvacet až čtyřicet minut. Se souhlasem klientů jsem pořizovala záznam prostřednictvím mobilního telefonu. Rozhovory jsem později přepisovala. Dotazování bylo anonymní.

[25] Výzkumnou skupinu tvořili čtyři klientky ve věku 29, 40, 48 , 60 let a jeden klient ve věku 63 let.
[26] Z důvodu možné vyšší objektivnosti výpovědí respondentů jsem zvolila minimální časové kritérium délky návštěvnosti Domu u Libuše, a to tři roky.

5.3. Analýza získaných odpovědí

V následující části se pokusím o shrnutí a analýzu získaných odpovědí respondentů na 18 položených otázek.

1. Co nebo kdo Vás vedlo či vedl k vyhledání Domu u Libuše?

Tři respondenti vyhledali Dům u Libuše na základě doporučení psychiatra nebo psychologa v psychiatrické léčebně, kde byli před lety hospitalizováni, další přišel do Domu u Libuše díky radě jiné klientky Fokusu Praha. Jeden respondent na otázku neodpověděl, protože si nemohl vzpomenout.

2. Jak dlouho Dům u Libuše navštěvujete?

Respondent 1 – 9 let

Respondent 2 – 14 let

Respondent 3 – 3 roky

Respondent 4 – 4 roky

Respondent 5 – 4 roky

3. Když Vám někdo řekne „Dům u Libuše“, co se Vám jako první vybaví?

Jeden z respondentů odpověděl „pomoc lidská“, tři respondenti uvedli různé druhy aktivit a služeb, které Dům u Libuše poskytuje (např. tancování, poslouchání hudby, sledování televize, vyšívání). Jeden z dotazovaných klientů uvedl i možnost občerstvení. Další respondent odpověděl: „tady ten klub“.

4. Co jste od navštěvování Domu u Libuše očekával(a)?

Dva respondenti uvedli, že neočekávali nic (ve smyslu, že nechtěli být pak zklamáni). Jeden klient v navštěvování Domu u Libuše spatřoval příležitost k navázání kamarádského či partnerského vztahu. Zbývající dva respondenti očekávali, že se v Domě u Libuše naučí něco nového (konkrétně práci s počítačem).

5. Naplnilo se Vaše očekávání?

V případě dvou respondentů nebyla (vzhledem k jejich předcházející odpovědi) otázka položena. Ostatní respondenti odpověděli kladně.

6. Máte k pracovníkům Domu u Libuše důvěru?

Všichni respondenti odpověděli jednoznačně „ano“. Dva dotazovaní klienti svou odpověď rozvedli následovně: „ano, tak to jsou kámoši, že jo...“, „ ale jo, jsou moc hodní, laskaví a vyjdou každému vstříc, ale klienti si často neuvědomují, že socioterapeuti mají taky svůj život....“.

7. Považujete Dům u Libuše za pro Vás bezpečný?

Všichni dotazovaní klienti odpověděli „ano“.

8. Jaké služby Domu u Libuše pravidelně využíváte, či jakých aktivit Domu u Libuše se pravidelně účastníte?

Jeden z respondentů pravidelně přispívá do časopisu Libušinka a účastní se sobotních výletů. Další odpověděl: „ já sem chodím jen tak, spíš sama si posedím…“. Ostatní dotazovaní klienti se účastní různých jiných aktivit Domu u Libuše (rukodělné práce, šití a opravy oděvů, vaření, společné navštěvování plaveckého bazénu). Jeden z respondentů pravidelně využívá možnosti přístupu na internet.

9. Kterou z aktivit Domu u Libuše považujete za pro Vás nejpřínosnější, či naopak nejméně přínosnou?

Jedna z odpovědí byla: „…existence Domu u Libuše jako takového, mít kam jít, popovídat si, dělat společně nějaký věci, co vás zajímají… .“ Na část otázky, která se týká nejméně přínosné aktivity, dotazovaní klienti neodpověděli nebo odpověděli následovně: „Nevím, každá má něco…, to asi neexistuje.“ Odpovědi respondentů na část otázky týkající se pro ně osobně nejpřínosnější aktivity se shodovaly s odpověďmi na předcházející otázku.

10. Jak Vám mohou pomoci terapeuti Domu u Libuše v kontaktu s Vašimi blízkými?

Dva respondenti neuměli na tuto otázku odpovědět, dva se vyjádřili, že tuto pomoc nepotřebují. Jeden z dotazovaných klientů reagoval takto: „…no to jsou moji blízcí, že jo… Fokus je moje rodina… .“

11. Jak Vám pomáhají pracovníci Domu u Libuše ve strukturování (rozdělení) Vašeho času?

Tři respondenti této možnosti pomoci nevyužívají (odpověď jednoho z nich zněla: „chodím na aktivity, co mi vyhovují“). Zbývající dva dotazovaní klienti uvítají, když jim socioterapeuti pomůžou se sepsáním rozvrhu („…říkají mi, kdy mám přijít, v kolik, … .“).

12. Co jste se naučila v Domě u Libuše nového?

Jeden respondent se naučil žonglovat, další se zdokonalil ve výrobě dekorativních předmětů, jeden odpověděl „nic“, ale z jeho odpovědí na následující otázku vysvitlo, že se v Domě u Libuše zdokonaluje ve fotografování. Odpovědi ostatních dvou dotazovaných klientů zněly: „…pracovníci mi dávají naději, že to bude dobrý…“, „měla jsem trošku problémy s komunikací, …teď svým způsobem dělám terapeutku, lidi za mnou chodí s různými problémy…“, „…pořád se učím něco nového, teď počítače…“.

13. Jakým novým věcem byste se chtěl(a) naučit?¨

Jeden z respondentů by rád uspěl ve „zkoušce na kavárnu“, pak by mohl v Domě u Libuše „dělat kafé ostatním“, další by chtěli „víc pomáhat lidem“, umět kreslit, naučit se cizí jazyk nebo pracovat s počítačem. Jeden z dotazovaných respondentů by se chtěl „zdokonalit ve fotografování.“

14. Jak Vám to Dům u Libuše umožňuje?

Klient, který by se rád zdokonalil ve fotografování, se pravidelně účastní jedné z možných aktivit – fotografického kroužku. Zájmy ostatních respondentů spojené s učením nových věcí byly v souladu s nabízenými aktivitami Domu u Libuše.

15. Jaké máte jiné možnosti se někde učit pro Vás užitečným věcem?

Jeden respondent ve své odpovědi zmínil podporované zaměstnání, které mu zprostředkoval rovněž Fokus Praha. Další uvedl Chráněnou dílnu Keramickou, dva dotazovaní klienti navštěvují pouze Dům u Libuše, protože „je to tady poblíž“. Jak uvedl další respondent, chodí ještě do CEDRY, ale ve srovnání s Domem u Libuše „je to tam jakoby v malým“.

16. Navázali jste v Domě u Libuše s někým přátelský, blízký vztah?

Dva respondenti odpověděli na danou otázku kladně: „…ano, kamarádi jsou skoro všichni…“. Další dva respondenti se zmínili o některých klientech Domu u Libuše spíše jako o známých: „…ani ne, jsou to známý, bavím se tady se všema“. Jeden dotazovaný klient odpověděl: „…ne, nenašla, mám kamarádku z Břevnova“.

17. Jak Vaše docházení do Domu u Libuše ovlivnilo Váš běžný život mimo toto zařízení?

Jeden z dotazovaných klientů se vyjádřil takto: „dává mi to naději, že bude všechno dobrý“. Další respondent odpověděl „dává mi to smysl,… člověk má kam jít, mít nějakou práci, pak pro ně dělám i jiný věci, ty fotky třeba.“ Ostatní respondenti se vyjádřili podobně.

18. Přejete si navštěvovat Dům u Libuše i v budoucnosti?

Všichni respondenti odpověděli „ano“ („..ale jo, jsou tady hodní , všichni nám s manželem vycházejí vstříc…“, „…ano, pomáhá mi to v tom, abych se nedostal do deprese…“).

Jak jsem již uvedla dříve, jsem si vědoma omezeného výběru vzorku respondentů, a proto budu při následném rozboru odpovědí brát tento fakt v úvahu. Zároveň si uvědomuji, že jde o výpovědi lidí se schizofrenním onemocněním, a pravdivost jejich odpovědí nebo soulad odpovědí se skutečnou situací může být snížen. Proto jsem získané odpovědi konzultovala se socioterapeutkou působící v Domě u Libuše. Dle jejího posouzení výpovědi odpovídají chování těchto klientů v stabilizovaném stavu. I přes tato omezení se pokusím shrnout získané

odpovědi, najít v nich společné či odlišné rysy a konfrontovat je s teorií uvedenou v teoretické části této práce.

Otázky, které jsem klientům položila, pochází z několika oblastí a jejich cílem bylo získat jakousi reflexi klientů na jejich pobyt v Domě u Libuše jako centru socioterapeutických aktivit. Abych podpořila předpokládanou přínosnost tohoto zařízení pro klienty, snažila jsem se prostřednictvím těchto rozhovorů zjistit efektivnost a míru působení socioterapie na vybraných klientech.

Odpovědi klientů bych ráda vyhodnotila v rámci aspektů, které měly být příslušnými otázkami sledovány. Samozřejmě, že některé otázky i odpovědi nelze jednoznačně klasifikovat, neboť se týkají více aspektů zároveň či jejich propojení, i přesto jsem se však pokusila pro lepší interpretaci otázky i s odpověďmi rozřadit do těchto pěti skupin:

1. Nezbytné předpoklady centra pro úspěšnou léčbu lidí s duševním onemocněním

K této části se vztahují otázky č. 6 a 7, zjišťující, zda se klienti cítí v Domě u Libuše v bezpečí a zda mají k pracovníkům tohoto centra důvěru. Na tyto otázky odpověděli všichni respondenti jednoznačně a souhlasně. Můžeme se tedy domnívat, že toto centrum splňuje základní a nutné předpoklady pro úspěšnou léčbu, tj. vytvoření bezpečného zázemí pro klienty.

2. Rozvoj tvůrčího potenciálu osobnosti

V této části jsem se pokoušela zjistit nakolik přispívá Dům u Libuše k rozvoji tvůrčího potenciálu osobnosti. Aktivity, které v této oblasti nabízí, jsem již uvedla v teoretické části. Prostřednictvím otázek jsem chtěla zjistit jaké je využití a ohlas těchto aktivit.

Do této kategorie spadají otázky č. 8, 9, 12, 13 a 14. Z odpovědí respondentů na otázky 8 a 9 vyplývá, že jsou s nabízenými aktivitami spokojeni a podle svých preferencí a schopností se do nich zapojují. Potěšitelná je i odpověď na nejméně přínosnou aktivitu slovy „Nevím, každá má něco…, to asi neexistuje.“ Otázky 12 a 13 směřují na přínos aktivity pro další vývoj klienta. Z většiny odpovědí klientů (až na jednoho, viz shrnutí odpovědí na otázku č.8) vyplývá, že si tito klienti osvojili nové znalosti či schopnosti nebo se v některých zdokonalili. Z odpovědí na otázku č.13 můžeme také usuzovat, že jsou respondenti motivováni a mají zájem se na dalších aktivitách podílet. Na dotazované skupině je tedy vidět plnění záměrů těchto aktivit.

3. Vytváření sociálních vazeb

Zařazením otázek č. 10 a 16 jsem se snažila zjistit nakolik napomáhá pobyt v centru k vytváření sociálních vazeb. V tomto ohledu už se odpovědi respondentů lišily, respondenti dávají vazbám různou váhu. Příkladem může být odpověď na otázku, zda klient navázal v centru nějaký přátelský vztah „…ne, nenašla, mám kamarádku z Břevnova“ a oproti tomu odpověď na otázku č. 10 „…no to jsou moji blízcí, že jo… Fokus je moje rodina… .“. Ve sledované skupině však převažuje pozitivní vztah k ostatním členům komunity.

4. Přínos centra denních aktivit pro život klienta mimo toto zařízení

K tomuto tématu se vztahují otázky č. 4, 5, 17, 18 a částečně i otázka 11. Otázkou 17 a 18 jsem se snažila zjistit, zda klienti sami vnímají přínos navštěvování tohoto centra pro svůj život a v čem jej vidí. Setkala jsem se s velmi pozitivními reakcemi jako „dává mi to naději, že bude všechno dobrý“. Dále jsem se snažila zjistit jaké měli klienti od Domu u Libuše očekávání a zda byly naplněny. Mohli bychom sem zařadit také otázku č. 11, která se ptá klientů na využití strukturování volného času, je také ovlivňuje život klienta mimo zařízení.

5. Kontakt s komunitními zařízeními a jiné otázky

Do rozhovorů jsem také zařadila otázky spíše praktické jako jak se klienti o centru dozvěděli, jak dlouho ho navštěvují apod. Patří zde otázky č. 1, 2, 3 a 15. Z odpovědí se dovídáme, že většina tázaných klientů se o centru dozvěděla od odborníka nebo jiného klienta centra.

Analýza odpovědí respondentů potvrdila, že pro vybraný vzorek klientů je návštěvnost centra Domu u Libuše přínosná, motivující a v mnoha případech spojená s pozitivní emoční vazbou. Můžeme usuzovat, že v případě této skupiny klientů se Domu u Libuše jako centru denních aktivit daří sledovat a naplňovat své cíle. Společná práce a kulturní programy zde velkou mírou pomáhají při léčbě duševně nemocných lidí.

Diskuse a závěr

Význam socioterapie pro léčbu duševně nemocných potvrzují nejenom publikace, které se danou problematikou zabývají, ale také klienti, se kterými jsem se v průběhu mé tříleté praxe ve sdružení Fokus Praha měla možnost setkávat.

Za poměrně zarážející považuji jen fakt, že se socioterapií zabývá (vzhledem k její významnosti) poměrně málo odborníků. Zatímco literatury týkající se farmakoterapie a psychoterapie je nepřeberné množství, literatury monotematicky se věnující socioterapii je dle mého názoru téměř nedostatek.

Léčba duševních nemocí čistě farmakologicky je ve velké míře překonána (avšak např. vzestupná čísla konzumace antidepresiv vybízejí k zamyšlení). Dalo by se říci, že v dnešní době stojí v popředí léčby a rehabilitace duševně nemocných psychoterapeutický přístup, což dokládá velký počet různých psychoterapeutických směrů. Mnohé z nich rozhodně neopomíjí problematiku širších struktur, ve kterých se člověk nachází (např. rodinná psychoterapie, skupinová psychoterapie jako „zmenšený model společnosti“). Avšak dovoluji si tvrdit, že se nejedná o přístup naprosto komplexní.

Komplexní přístup k duševně nemocným může dle mého názoru přinést až důsledná kombinace všech třech léčebných metod – farmakoterapie, psychoterapie a socioterapie. Ne však vidění socioterapie jako pouhého dokreslujícího elementu, ale vidění socioterapie jako naprosto rovnocenného partnera k ostatním přístupům (bio-psycho-sociální model zdraví).

Pramení tato situace z přílišné akcentace na „sílu individua“ (individualismu) posledních let?

Dovoluji si zde vidět mnohé paralely. Tento fakt dle mého názoru také dokresluje obtížnost „přežití“ zařízení na „trhu“ pomoci duševně nemocným. Většina těchto zařízení musí doslova o své přežití bojovat, zatímco možnosti individuální terapie se neustále rozšiřují. Tímto nechci v žádném případě říct, že by se na poli socioterapeutických zařízení za poslední roky mnohé nezlepšilo. Jsem si vědoma nově vznikajících zařízení, avšak stále zde nevidím rovnocennost.

Výše uvedená obecná diskuze se odrazila také v konkrétní práci, kterou jsem zde prezentovala. Musela jsem se vypořádat s nedostatkem literatury v českém jazyce a bohužel jsem byla svědkem omezení počtu různorodých skupinových aktivit v Centru psychosociální rehabilitace a jeho následného zániku.

Přes veškeré komplikace jsem se pokusila o ucelený výklad problematiky. Význam socioterapie mnou zmíněné publikace potvrzují. Důležitost socioterapie dokládají také

odpovědi dotazovaných klientů. Jsem si vědoma faktu, že respondentů bylo omezené množství a tudíž jsem se v práci snažila vyvarovat přílišnému zobecnění. Přesto uskutečněné rozhovory považuji za hodnotné (nejenom z osobního hlediska).

Na poli zkoumané problematiky nacházím mnohá témata k rozpracování. Další výzkumy na tomto poli mohou nejenom přispět k hlubšímu proniknutí do této oblasti, ale na základě výzkumů je také možné odhalit případné nedostatky socioterapeutického přístupu. Za velkou osobní výzvu pokládám rozpracování a rozšíření praktické části zde prezentované práce. Budeme-li naslouchat a mluvit s klienty více a častěji, pouze tímto způsobem je možné zkvalitnit služby tak, aby naplňovaly jejich potřeby.

Použité zdroje:

1. Mezinárodní klasifikace nemocí.10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
2. Baštecký, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1997.
3. Vymětal, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2003.
4. Syřišťová, E. *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta, 1974.
5. Styx, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003.
6. Dörner, K., Plog, U. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada, 1999.
7. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky.* Praha: Portál, 1999.
8. Smolík, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 2002.
9. Hartl, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997.
10. Hartl, P. *Komunitní práce*. Praha: Katedra sociální práce FF UK, 1993.
11. Praško a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách.* Praha: Medical Tribune CZ, 2005.
12. Jarolímek, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Pallata, 1996.
13. Strauss, A., Corbinová, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Albert, 1999.
14. Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006.
15. Hartl, P., Hartlová, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000.
16. Jandourek, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007.
17. Yalom, I.D. *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál, 2003.
18. Kratochvíl, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2005.
19. Novák, P. Kořeny aneb ideová východiska Fokusu. (Interní materiál Fokusu.)
20. Výroční zpráva Fokus Praha, 1999.
21. Výroční zpráva Fokus Praha, 2001.
22. Výroční zpráva Fokus Praha, 2006.
23. Náplň práce – obecné vymezení pracovní činnosti. (Interní materiál Fokusu Praha.)
24. Libušinka (33). Fokus Praha, 2008.

25. Atkinson, L.R. *Psychologie.* Praha: Portál, 2003.
26. Society for the Furtherance of Sociotherapy. Definition of sociotherapy. Dostupné z www: http://www.pantarhei.org/literat/uksoc01.htm#def
27. Society for the Furtherance of Sociotherapy. General methods of approach in sociotherapy. Dostupné z www: http://www.pantarhei.org/literat/uksoc02.htm#gen
28. Society for the Furtherance of Sociotherapy. Professional code for sociotherapists. Dostupné z www: http://www.pantarhei.org/literat/uksoc10.htm