

# **TEZE**

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická Fakulta  
Sociologie  
Sociologie-sociální práce

Andrea Scheansová

**Šetření psychosociálních potřeb dvaceti  
psychotických pacientů a možnost zefektivnění  
akutní péče**

**A Psychosocial Need Inquiry in Young Acute  
Psychotic Patients and a Possibility of Acute  
Care Streamlining**

Vedoucí práce: Oldřich Matoušek

2007

## ÚVOD

V současné době se v psychiatrii stále více hlásí o slovo komunitní přístup usilující o to krátiť hospitalizaci v instituci na čas nezbytně nutný a za podpory intenzivní ambulantní péče navracet duševně nemocné do přirozené komunity. Komunitní přístup uplatňuje biopsychosociální léčebný model, tedy kombinaci medikamentózní léčby, psychoterapie a tréninku sociálních dovedností. Pacient je podporován v udržení sociálních dovedností jako je schopnost vést si vlastní domácnost, mít uspokojivé mezilidské vztahy a chodit do zaměstnání. (Scheansová 2007/6)

Cílem této práce je přispět k procesu zefektivňování psychiatrické péče. Zajímalo mne, zda-li komunitní přístup je v souladu s potřebami některých pacientů. Položila jsem si otázku, do jaké míry mladý člověk trpící psychotickým onemocněním vykazuje psychosociální potřeby, které jsou přirozené pro duševně zdravého jedince. Teoreticky jsem vyšla z koncepce lidského vývoje Erika Eriksona (1999) obsažené v práci Osm věků člověka. (tamtéž)

Erik Erikson za předpoklad psychické stability v období mladé dospělosti považoval nalezení vlastní identity, návázání intimního vztahu a generativitu. Tyto vývojové potřeby jsem v šetření definovala jako zájem a možnost osamostatnit se od primární rodiny, hledat si životního partnera a realizovat se v oblasti zaměstnání či zájmové činnosti. Snažila jsem se zjistit, zda-li o zmíněné potřeby stálo dvacet lidí trpících psychotickým onemocněním, toho času hospitalizovaných na akutním oddělení psychiatrické léčebny v Bohnicích. (tamtéž)

Na základě výstupu realizovaného šetření jsem nahlédla, jakým způsobem mohly být naplňovány psychosociální potřeby zmíněných pacientů na akutním oddělení psychiatrické léčebny. Dále jsem se nechala inspirovat zahraničními alternativami akutní psychiatrické péče (Warner 1995) a předložila návrh na projekt rezidenčního zařízení akutní péče u nás. Navrhla jsem, jaké služby by pacienti v rezidenčním zařízení mohli čerpat, aby byly efektivně naplňovány jejich vývojové psychosociální potřeby.

V celé práci jsem vycházela z předpokladu, že pokud by nenaplnění Eriksonových potřeb vedlo u jedince se zdravou strukturou osobnosti k destabilizaci, pak i duševně nemocný by měl mít možnost tyto potřeby naplňovat, pokud by o ně projevil zájem. V takovém případě by proces zefektivňování psychiatrické péče neměl opomínat tuto psychosociální dimenzi, kterou zdůrazňuje komunitní péče. (Bellack a kol. 1997; Warner 1995)

# ŠETŘENÍ VÝVOJOVÝCH PSYCHOSOCIÁLNÍCH POTŘEB DVACETI PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ

## 1. Informační zdroje

Šetření obsahovalo čtyři informační zdroje: pacient, ošetřující lékař, významný druhý a psychosociální pracovník. Důvody pro sběr dat ze čtyřech zdrojů byly následující.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o zjišťování pacientových potřeb, nepovažovala jsem za možné vynechat jako informační zdroj člověka, o jehož potřeby se jednalo. Psychotické onemocnění se však vyznačuje především tím, že jedinec ztrácí kontakt s realitou a obtížně vstupuje do mezilidských vztahů. Z toho důvodu jsem informace pouze od pacienta nepovažovala za postačující. (Scheansová 2007/6)

Osobu lékaře jsem považovala za důležitý informační zdroj z důvodu, že do šetření vnesl pohled odborníka a označil sociální limity dané povahou nemoci. Vzhledem k obratu pacientů na pavilonu akutní péče bylo nevýhodou, že ústavní ošetřující lékař zpravidla neznal blíže životní kontext pacienta. (tamtéž)

K šetření byl přibrán dále tzv. významný druhý. Jednalo se o osobu, kterou vybral ze svého okolí pacient a považoval ji za důvěryhodnou. Předpokládala jsem, že mu záleželo na pacientově zdravotním stavu a kvalitě života. Nevýhodou významného druhého bylo, že mohl být k pacientovi nekritický či si do něho mohl promítat naplnění vlastních potřeb. (tamtéž)

Do šetření vstoupil ještě tzv. psychosociální pracovník, což byl člověk s odborným vzděláním v oblasti sociální práce a psychoterapie, který dokázal vzít v úvahu přání pacienta, jeho handicap a možnosti resocializace. (tamtéž)

### Nyní blíže k **zastoupení jednotlivých informačních zdrojů.**

Pacient byl mladý člověk trpící psychotickým onemocněním, jenž byl kontaktován v rámci psychiatrické hospitalizace. Věk pacienta se pohyboval mezi osmnácti a třiceti pěti lety. Kritériem vedle věku pacienta byla jeho diagnóza. Důležité bylo, aby pacient měl v anamnéze akutní psychotickou fázi v rozsahu minimálně dvou týdnů. V souboru se objevily diagnostické kategorie F20, F22, F23.1, F25 a F32.3 dle MKN-10 (Smolík 1996). Požadovala jsem, aby pacient byl v době šetření orientovaný, schopen dialogu bez psychotické produkce. Vybrala jsem prvních dvacet pacientů, kteří vyjádřili souhlas s podmínkami šetření. To znamenalo možnost kontaktovat pacienta opět po třech měsících a možnost oslovit jeho významného druhého. Šetření probíhalo na čtyřech odděleních akutní péče. První kolo výběru proběhlo v centrální budově léčebny na základě diagnostických záznamů o pacientech, další diferenciací proběhla v rámci konzultace o psychickém stavu pacienta s lékařem na oddělení. (tamtéž)

Na šetření se podílelo celkem deset lékařů psychiatrické léčebny. Všichni na doporučení ředitele léčebny spolupracovali. (tamtéž)

Významný druhý byla osoba, kterou pacient považoval za důvěryhodnou. Šetření se zúčastnilo šestnáct významných druhých. (tamtéž)

Na šetření se podílel jeden psychosociální pracovník. Byla to osoba se vzděláním v oblasti sociální práce a psychoterapie. Psychosociální pracovník v době šetření nebyl zaměstnancem léčebny ani nebyl v neformálním vztahu s pacienty. Šetření se účastnil v areálu léčebny. (Scheansová 2007/6)

## **2. Realizace šetření**

Šetření bylo koncipováno jako pilotní studie. Při sběru dat byly kombinovány kvantitativní a kvalitativní metody sociologického výzkumu. Šetření probíhalo ve dvou kolech.

První kolo šetření proběhlo převážně v areálu psychiatrické léčebny. Použila jsem standardizovanou metodu, jejímž nástrojem byl dotazník. Vypracovala jsem čtyři typy dotazníků: dotazník pro pacienta, dotazník pro ošetřujícího lékaře, dotazník pro významného druhého a dotazník pro psychosociálního pracovníka. Všechny typy dotazníků zjišťovaly analogická data. Dotazníky jsem rozdávala, sbírala i vyhodnocovala osobně. Pacienti dotazník vyplňovali za mé asistence. Pokud otázka respondentovi zněla nesrozumitelně, měl příležitost se mnou odpověď konzultovat. Kvantitativní šetření jsem doplnila nestandardizovanými metodami, a to zúčastněným pozorováním a rozhovorem. Informace jsem zaznamenávala v podobě polních poznámek na diktafon. Rozhovory proběhly se všemi respondenty osobně.

Druhé kolo šetření proběhlo po třech měsících mimo léčebné prostředí. Účastnil se ho pacient či jeho významný druhý, popř. oba. V deseti případech byl zopakován dotazník pro první kolo šetření. Cílem bylo ověřit potenciální posun odpovědí během uplynulého období. Vzhledem k tomu, že jsem neshledala rozdíly mezi odpověďmi v dotaznících prvního a druhého kola, nerealizovala jsem šetření dotazníkovou formou u zbylého souboru respondentů. Dalším cílem druhého kola šetření bylo zmapovat vývoj pacientovy situace od prvního kontaktu. Metodou sběru informací byl opět nestandardizovaný rozhovor a zúčastněné pozorování.

## **3. Spolupráce s jednotlivými informačními zdroji**

Soubor pacientů tvořilo čtrnáct mužů a šest žen. Důvodem převahy mužských respondentů byla skutečnost, že ženy obecně přistupovaly k šetření s větší nedůvěrou a podezřením. U mužských pacientů byl cítit větší zájem a ochota ke spolupráci. Více stáli o kontakt, rádi si o své situaci popovídali a byli potěšeni zájmem o svou osobu. Všichni pacienti byli v prvním kole šetření kontaktováni na oddělení psychiatrické léčebny, kde byli toho času hospitalizováni. Pacienti často souhlasili s účastí na šetření tehdy, když viděli, že mají možnost si neformálně popovídat o svých zážitcích a představách. (tamtéž)

Ředitel psychiatrické léčebny, kde bylo realizováno první kolo šetření, ochotně vyšel projektu vstříc a vyjádřil zájem o výstupní data. Lékaři k šetření přistupovali různě. Někteří byli vstřícní a ochotní, více z nich však dalo najevo, že je plýtváno jejich časem. Čas potřebný k vyplnění dotazníku pro lékaře se pohyboval okolo deseti minut. Lékaři byli obeznámeni s aktuálním zdravotním stavem pacienta,

ale o jeho sociální situaci často neměli dostatek informací. Šetření se zúčastnilo celkem deset lékařů, z toho šest žen a čtyři muži. Každý lékař vyplnil jeden až čtyři dotazníky. Tři lékaři výrazněji vyjádřili neochotu a kritiku. Dva lékaři reagovali s výraznější podporou a zájmem o výstupní data. (Scheansová 2007/6)

Soubor významných druhých se skládal ze sedmi matek, šesti partnerů(-rek), tří přátel a dvou příbuzných (strýc, sestra). Dva pacienti se vyjádřili, že k nikomu neměli dostatečnou důvěru, a tak odmítli informační zdroj významného druhého. Dva významní druzí nechtěli na šetření spolupracovat (přítelkyně, sestra). Setkání probíhala v místech, které zvolil významný druhý, např. v zaměstnání, v domácnosti, v areálu léčebny či v kavárně. Schůzka byla zpravidla domluvena po telefonickém kontaktu, v jiném případě byla domluvena během návštěvy pacienta významným druhým v léčebně. V některých případech bylo nutné významné druhé kontaktovat telefonicky vícekrát a podrobně vysvětlit cíl a účel šetření. Obecně lze říci, že významní druzí byli spolupráci nakloněni. Ačkoliv byli obeznámeni se skutečností, že současnou situaci jejich blízkého tato studie nemohla ovlivnit, považovali za důležité přispět do procesu zefektivňování péče i pro jiné pacienty. Významní druzí měli potřebu si o situaci pacienta popovídat, zejména vyjádřit vlastní prožívání pacientovy nemoci. Zpravidla stáli o kontakt na doléčovací zařízení (denní psychoterapeutické stacionáře), popř. potřebovali jiné informace. V některém případě významní druzí vyjádřili zájem o individuální, popř. skupinovou psychoterapii pro sebe. Všichni významní druzí se vyjádřili, že by měli zájem o svépomocnou skupinu pro příbuzné pacientů trpících psychózou. Matky pacientů, popř. jejich partnerky, často během rozhovoru plakaly. Také se často zmínily, že si nechaly od praktického lékaře předepsat léky na uklidnění. (tamtéž)

Roli psychosociálního pracovníka jsem převzala já jako realizátorka šetření. Cílem bylo poskytnout informační zdroj, který vycházel z komplexního pohledu na situaci pacienta a bral v úvahu postoje všech ostatních zúčastněných. Psychosociální pracovník vyjadřoval svůj postoj vždy v závěru, tedy po zhodnocení ostatních informačních zdrojů. Nenahlížel do zdravotnické dokumentace. Prvního kola šetření se psychosociální pracovník účastnil v areálu léčebny, do druhého kola nebyl přibrán, podobně jako v případě lékaře. (tamtéž)

#### **4. Vyhodnocení šetření**

Na prvním místě uvádím **kazuistiky** všech pacientů, kteří byli respondenty šetření. Zaměřuji se na okolnosti vzniku nemoci a její vývoj.

Dále uvádím kvalitativní **vyhodnocení psychosociálních potřeb jednotlivých pacientů**. Potřeby jsem pojmenovala na základě informací, které jsem získala z dotazníků administrovaných v prvním kole šetření a z rozhovorů odehrávajících se paralelně s vyplňováním dotazníků. Potřeba byla zaznamenána tehdy, pokud ji označila nadpoloviční většina informačních zdrojů (tj. tři ze čtyř nebo dva ze tří). Pokud se vyskytl u potřeby poměr 2:2, byly označeny obě varianty.

Pro ilustraci uvádím příklad vyhodnocení potřeb jednoho z pacientů:

Souhrn Borisových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Boris, jeho matka, ošetřující lékař v léčebně a psychosociální pracovník.

Borisovi bylo dvacet čtyři let a byla mu diagnostikována paranoidní schizofrenie. Byl potřetí hospitalizován na psychiatrii.

Boris bydlel s rodiči. Neměl partnerku. Byl nezaměstnaný.

Pro Borise bylo vhodné zůstat zatím bydlet s rodiči. V případě, že by se přesto od nich osamostatnil, by měl mít spolubydlícího (rozhodně by neměl žít sám). Prospívalo by mu vykonávat pravidelně domácí práce. Bylo by postačující, aby rodičům přispíval do rodinného rozpočtu méně než čtvrtinou svého příjmu. Mělo by mu být umožněno, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

Boris jednoznačně projevil zájem hledat si partnerku. V tomto ohledu by mu prospělo více příležitostí pro seznámení se s dívkami. Aby se necítil osamocen, bylo namístě, aby mohl udržovat a posilovat vztahy s přáteli, popř. mít možnost hledat si nové přátele.

Boris velmi stál o to, aby si mohl hledat zaměstnání v oblasti služeb. Měl příležitost pracovat ve firmě svého otce jako elektrikář. Pro Borise by bylo optimální pracovat se dvěma spolupracovníky, popřípadě v týmu spolupracovníků. Vyhovovalo by mu být v pracovní pozici podřízeného. Přál by si také pokračovat ve vzdělávání.

Borisovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměl by se nudit, vhodné by bylo najít zajímavější způsob trávení volného času (oproti nudě a nečinnosti z doby před hospitalizací).

Psychosociální **potřeby** dvaceti pacientů jsem se pokusila vyhodnotit rovněž **kvantitativním** způsobem. Zkonstruovala jsem ke každé oblasti šetření dva typy. K oblasti osamostatnění se od primární rodiny první typ: *osamostatněn od primární rodiny* a druhý typ: *neosamostatněn od primární rodiny*; k oblasti partnerství první typ: *mající partnera* a druhý typ: *nemající partnera*; k oblasti realizace první typ: *realizující se* a druhý typ: *nerealizující se*.

Dále jsem **kvantitativně** vyhodnocovala **postoje** jednotlivých **informačních zdrojů**, tedy pacientů, významných druhých, lékařů a psychosociálního pracovníka. Získaná data jsem zpřehlednila do tabulek s uvedením absolutních četností, popř. procentuálního zastoupení.

## 5. Shrnutí šetření

Osamostatnění se od primární rodiny:

10 z 20 (50%) pacientů bylo osamostatněno od primární rodiny. 6 z 10 osamostatněných pacientů bylo se svým současným domovem spokojeno.

10 z 20 (50%) pacientů nebylo od primární rodiny osamostatněno. 8 z 10 pacientů se od rodičů odstěhovat nechtělo. Neosamostatňovat se zatím od primární rodiny pacientovi doporučil významný druhý v 5 z 8 případů, lékař v 9 z 10 případů a psychosociální pracovník v 6 z 10 případů. 9 z 10 pacientů bylo doporučeno v souhrnném vyhodnocení potřeb neosamostatňovat se zatím od primární rodiny.

17 z 20 (85%) pacientů chtělo mít *spolubydlícího*. Mít spolubydlícího pacientovi doporučil významný druhý v 14 z 16 (88%) případů, lékař a psychosociální pracovník v 18 z 20 (90%) případů. 18 z 20 (90%) pacientů bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno mít spolubydlícího.

15 z 20 (75%) pacientů bylo špatně obeznámeno s *projektem chráněného bydlení*. Projekt chráněného bydlení pacientovi doporučil významný druhý v 7 z 16 (44%) případů, lékař v 4 z 20 (20%) případů a psychosociální pracovník v 8 z 20 (40%) případů. 4 z 20 (20%) pacientů byl v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučen projekt chráněného bydlení.

10 z 20 (50%) pacientů vykonávalo pravidelně *domácí práce*. 8 z 10 pacientů přejících si změnit míru, s jakou vykonávali domácí práce, bylo těch, kteří domácí práce téměř nevykonávali a přáli si vykonávat více. Vykonávat pravidelně domácí práce pacientovi doporučil významný druhý v 13 z 16 (81%) případů, lékař ve všech (20) případech a psychosociální pracovník v 19 z 20 (95%) případů. 19 z 20 (95%) pacientů bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno vykonávat pravidelně domácí práce.

13 z 20 (65%) pacientů *finančně přispívalo na vedení domácnosti* alespoň čtvrtinou svého příjmu. 8 z 9 pacientů přejících si změnit míru, s jakou finančně přispívali na vedení domácnosti, bylo těch, kteří si přáli přispívat více. Finančně přispívat na vedení domácnosti alespoň čtvrtinou svého příjmu pacientovi doporučil významný druhý v 13 z 16 (81%) případů, lékař v 15 z 20 (75%) případů a psychosociální pracovník v 18 z 20 (90%) případů. 17 z 20 (85%) pacientů bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno finančně přispívat na vedení domácnosti alespoň čtvrtinou svého příjmu.

10 z 20 pacientů se *podílelo pravidelně na rozhodování o vedení domácnosti*. Všichni (8) pacienti přející si změnit míru, s jakou se podíleli na rozhodování o vedení domácnosti, byli ti, kteří si přáli podílet se více. Podílet se pravidelně na rozhodování o vedení domácnosti pacientovi doporučil významný druhý v 8 z 16 (50%) případů, lékař v 16 z 20 (80%) případů a psychosociální pracovník ve všech (20) případech. Všem (20) pacientům bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno pravidelně se podílet na rozhodování o vedení domácnosti.

Osamostatnění pacienti oproti pacientům bydlícím s rodiči obecně ve větší míře vykonávali domácí práce, finančně přispívali a podíleli se na rozhodování o vedení domácnosti.

#### Partnerství:

6 z 20 (30%) pacientů mělo *partnera*. Všichni (6) pacienti s partnerem chtěli žít ve společné domácnosti. Všichni (6) pacienti byli ve vztahu po emoční stránce spokojeni a 5 z 6 pacientů uvedlo obecnou spokojenost ve vztahu. Ve všech případech (6) významný druhý, lékař i psychosociální pracovník považovali partnerský vztah za pacientovi prospívající. Všem (6) pacientům bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno udržet vztah, popř. vztah stabilizovat.

14 z 20 (70%) pacientů *nemělo partnera*. 9 z 14 (64%) pacientů bez partnera žilo s rodiči. 13 z 14 (93%) pacientů si přálo najít životního partnera. *Hledat si životního partnera* pacientovi doporučil významný druhý ve všech (10) případech, lékař v 12 z 14 (86%) případů a

psychosociální pracovník ve všech (14) případech. Všem (14) pacientům bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno hledat si partnera.

10 z 14 (71%) pacientů bez partnera by uvítalo více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví. Více příležitostí pro seznámení se pacientovi doporučil významný druhý ve všech (10) případech, lékař v 10 z 14 (71%) případů a psychosociální pracovník ve všech (14) případech. Všem (14) pacientům bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví.

2 z 20 (10%) pacientů se podíleli na výchově dítěte. 14 z 20 (70%) pacientů si přálo vychovávat děti. Vychovávat děti pacientovi doporučil významný druhý v 8 z 16 (50%) případů, lékař a psychosociální pracovník v 4 z 20 (20%) případů. Založit rodinu bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno pouze 1 z 20 (0,5%) pacientů.

Realizace:

6 z 20 (30%) pacientů se realizovalo - mělo zaměstnání či studovalo.

S realizací stoupala četnost navázání partnerského vztahu, partnera měli 4 z 6 realizujících se pacientů a pouze 2 z 14 (14%) nerealizujících se pacientů. 5 z 6 pacientů bylo ve svém zaměstnání celkově spokojených. Významný druhý ve 2 z 5 případů hodnotil pacientovo zaměstnání jako jemu prospívající, lékař a psychosociální pracovník v 5 z 6 případů. Ve 3 z 5 případů významný druhý pacientovi doporučil změnit typ zaměstnání. Všem (6) pacientům bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno udržet si zaměstnání či změnit typ zaměstnání, popř. pokračovat ve studiu.

14 z 20 (70%) pacientů se nerealizovalo. Všichni (14) pacienti si přáli najít si zaměstnání. Hledat si zaměstnání pacientovi doporučil významný druhý v 10 z 11 (91%) případů, lékař v 10 z 14 (71%) případů a psychosociální pracovník v 12 z 14 (86%) případů. Všem (14) pacientům bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno hledat si zaměstnání nebo projekt chráněné práce.

Všichni (4) zaměstnaní pacienti pracovali v oblasti služeb. Nezaměstnaní (14) pacienti si přáli pracovat nejčastěji v oblasti služeb (8 z 14), popřípadě v oblasti výroby (3 z 14). Pracovat v oblasti služeb pacientovi doporučil významný druhý v 8 z 16 (50%) případů, lékař v 12 z 20 (60%) případů a psychosociální pracovník v 14 z 20 (70%) případů. V ostatních případech bylo pacientovi doporučeno pracovat v oblasti výroby nebo v oboru pacientova vzdělání.

Všichni (6) realizující se pacienti byli ve svém zaměstnání v kontaktu s lidmi. 13 z 14 (93%) nerealizujících se pacientů chtělo být v zaměstnání v kontaktu s lidmi, nejčastěji pracovat v týmu spolupracovníků (9 z 14). Pracovat v týmu spolupracovníků pacientovi doporučil významný druhý v 6 z 16 (38%) případů, lékař v 13 z 20 (65%) případů a psychosociální pracovník v 8 z 20 (40%) případů. Pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky doporučil významný druhý v 7 z 16 (44%) případů, lékař v 4 z 20 (20%) případů a psychosociální pracovník v 9 z 20 (45%) případů. Pracovat sám a přicházet denně do kontaktu s klienty doporučil významný druhý v 3 z 16 (19%) případů, lékař v 4 z 20 (20%) případů a psychosociální pracovník ve 3 z 20 (15%) případů.



Všichni (6) realizující se pacienti pracovali v pozici, kde se zodpovídali nadřízeným a neměli nikoho sobě podřízeného. 6 z 14 (43%) nerealizujících se pacientů chtělo *pracovat v podřízené pozici*. Pracovat v podřízené pozici pacientovi doporučil významný druhý v 12 z 16 (75%) případů, lékař v 18 z 20 (90%) případů a psychosociální pracovník ve všech (20) případech.

15 z 20 (75%) pacientů chtělo *pokračovat ve vzdělávání*. Pokračovat ve vzdělávání pacientovi doporučil významný druhý v 13 z 16 (81%) případů, lékař v 10 z 20 (50%) případů a psychosociální pracovník v 16 z 20 (80%) případů. 16 z 20 (80%) pacientů bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno pokračovat ve vzdělávání.

6 z 20 (30%) pacientů se věnovalo pravidelně svým zálibám, 7 z 20 (35%) pacientů se věnovalo občas, 7 z 20 se zálibám nevěnovalo. *Věnovat se pravidelně zálibám* pacientovi doporučil významný druhý v 14 z 16 (88%) případů, lékař v 17 z 20 (85%) případů a psychosociální pracovník ve všech (20) případech. Všem (20) pacientům bylo v souhrnném vyhodnocení potřeb doporučeno věnovat se pravidelně zálibám.

14 z 20 (70%) pacientů bylo špatně obeznámeno s projektem chráněné práce. *Projekt chráněné práce* pacientovi doporučil významný druhý v 8 z 16 (50%) případů, lékař v 16 z 20 (80%) případů a psychosociální pracovník ve 14 z 20 (70%) případů.

## 6. Ověření hypotéz

Na základě zjištěných faktů byla potvrzena základní hypotéza 1, která zněla: „*Psychosociální potřeby dvaceti psychotických pacientů jsou v souladu s Eriksonovou teorií lidského vývoje.*“ Pro potvrzení hypotézy svědčily následující údaje.

Pracovní hypotéza 1 „Pacienti jsou osamostatněni nebo se chtějí osamostatnit od primární rodiny“ byla potvrzena. Pracovní hypotéza 2 „Pacienti bydlící s rodiči jsou okolím podporováni, aby se osamostatnili“ byla vyvrácena. Pracovní hypotéza 3 „Pacienti mají nebo chtějí mít životního partnera“ byla potvrzena. Pracovní hypotéza 4 „Pacienti bez partnera jsou okolím podporováni, aby navázali partnerský vztah“ byla potvrzena. Pracovní hypotéza 5 „Pacienti mají nebo chtějí mít zaměstnání, popř. realizovat se v zájmové činnosti“ byla potvrzena. Pracovní hypotéza 6 „Nerealizující se pacienti jsou okolím podporováni, aby měli zaměstnání, popř. realizovali se v zájmové činnosti“ byla potvrzena.

## 7. Diskuse

Z výsledků šetření vyplynulo, že soubor dvaceti mladých lidí trpících psychotickým onemocněním vykázal psychosociální potřeby, které jsou dle Eriksona přirozené pro duševně zdravého jedince. Dle jeho teorie lidského vývoje vede nenaplnění těchto potřeb u zdravého člověka k psychické destabilizaci. (Scheansová 2007/6)

Komunitní přístup podporuje duševně nemocného v začlenění do společnosti a minimalizuje syndrom hospitalismu. Cílem je, aby duševně nemocný měl příležitost naplňovat běžné oblasti života. Eriksonovo pojetí psychosociálních potřeb vnímám v souladu s principy komunitní léčby. Na základě výsledků této studie nemohu tvrdit, že komunitní

přístup reflektuje potřeby všech duševně nemocných, ale rozhodně mohou říci, že reaguje na vývojové potřeby všech dvaceti pacientů s psychotickým onemocněním, kteří byli objekty tohoto šetření. (tamtéž)

## **NÁVRH PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE PRO DVACET PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ**

### **1. Šetření kvality psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny**

Zajímalo mne, do jaké míry kvalita psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny byla v souladu s výsledky šetření vývojových potřeb.

Šetření probíhalo na oddělení akutní péče pavilonu 26 psychiatrické léčebny. Jednalo se o uzavřené oddělení, na kterém bylo hospitalizováno devět pacientů mužského pohlaví, kteří byli respondenty šetření vývojových potřeb. Personál oddělení byl ve srovnání s ostatními tomuto projektu vstřícnější.

Další pacienti účastníci se šetření potřeb byli hospitalizováni na těchto odděleních: čtyři pacienti na uzavřeném mužském oddělení pavilonu 1, tři pacientky na uzavřeném ženském oddělení pavilonu 1, jedna pacientka na uzavřeném ženském oddělení pavilonu 2, dvě pacientky a jeden pacient na otevřeném koedukovaném oddělení pavilonu 3.

Léčebný řád uzavřených akutních oddělení byl obdobný. Otevřené oddělení disponovalo větším důrazem na psychoterapii a zodpovědnost pacientů za své jednání.

Šetření týkající se kvality psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny se skládalo z **interview s vedoucím lékařem** pavilonu 26 a **pozorování chodu oddělení** pavilonu 26.

Na základě zjištěných údajů byla **potvrzena** základní **hypotéza 2**, která zněla: „Psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny pacientům umožňuje naplnění vývojových potřeb.“ Pro potvrzení hypotézy svědčily následující údaje.

Byla potvrzena pracovní hypotéza 7, která zněla: „Psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny zahrnuje trénink samostatnosti a zodpovědnosti. Trénink samostatnosti a zodpovědnosti lze považovat za základ pro možnost osamostatnit se od primární rodiny a vést samostatnou domácnost.“ Byla potvrzena pracovní hypotéza 8, která zněla: „Psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny zahrnuje trénink komunikačních dovedností. Trénink komunikačních dovedností lze považovat za základ pro možnost navazovat přátelské vztahy a hledat si partnera či udržet partnerský vztah.“ Byla potvrzena pracovní hypotéza 9, která zněla: „Psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny zahrnuje pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitaci lze považovat za základ pro možnost hledat si či udržet zaměstnání, popř. realizovat se v zájmové činnosti.“

Ačkoliv hypotéza byla v základních bodech potvrzena, z pozorování i rozhovoru s vedoucím lékařem bylo zřejmé, že péči na oddělení lze

zkvalitnit. Uvádím zde **návrh na zefektivnění psychosociální péče** na zmíněném **oddělení**.

Snížila bych důraz na paternalistický model poskytování zdravotní péče. Na oddělení byla polovina lékařů přechodně, v rámci předatestační přípravy. Zároveň se od lékaře očekávala komplexní péče o pacienta. Minimálně polovina lékařů neměla vzdělání v psychoterapii a neorientovala se v nabídce služeb ambulantní péče. Na oddělení byla pouze jedna psycholožka a jedna sociální pracovnice. Zdravotní sestry vykonávaly ordinace lékaře a zajišťovaly provoz oddělení, ale s pacienty samostatně nepracovaly. Bylo by vhodné navýšit minimálně o dva počet pracovníků se vzděláním v psychosociální oblasti, kteří by pacientovi poskytovali podpůrnou psychoterapii, motivovali ho k realistickým plánům do budoucna a pomohli mu vybrat vhodné ambulantní zařízení. Byli by to pracovníci specializovaní a orientovaní v nabídce služeb pro pacienty na akutním psychiatrickém oddělení. Zdravotní sestry by měly vést ošetrovatelský proces nejen po formální stránce a mohly by se spolupodílet na vedení terapeutických programů pro pacienty.

Vzhledem k náročné práci na oddělení a riziku syndromu vyhoření bych zaměstnancům doporučila povinnou systematickou supervizi a péči o duševní hygienu. Také bych kladla důraz na vzdělávání v krizové intervenci a psychoterapii u všech zdravotnických pracovníků.

V přístupu k pacientům bych se pokusila více pacienty aktivizovat. Mohli by být více zapojeni do úklidu oddělení a rovněž by mohli v rámci samosprávy více trénovat vlastní zodpovědnost. Pracovní terapie by mohla být intenzivnější.

Zavedla bych více individuální a skupinové psychoterapie a zkvalitnila její úroveň. Mělo by být více prostoru pro práci s rodinou pacienta. Pokusila bych se uvést do chodu terapeutickou skupinu pro příbuzné.

Snažila bych se rovněž zútulnit nemocniční prostředí oddělení, vyzdobit ho obrazy a jinými pracemi pacientů, rekonstruovat sociální zařízení.

## **2. Alternativa akutní psychiatrické péče**

V naší zemi máme zařízení, která rozvíjejí komunitní přístup a alternují následné institucionální léčbě.

V zahraničí se objevují alternativní zařízení nejen ambulantního typu a následné péče, ale také akutní péče, tzv. **rezidenční zařízení** (např. Nizozemí, Velká Británie, USA, Kanada), a zdají se být poměrně efektivní. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

V současné době se ozývají názory, že efektivní prostředí psychosociální léčby by mělo být malé, v rodinném stylu a normalizující. Pokud možno otevřené, nacházející se autenticky v přirozeném prostředí a umožňující pacientovi, aby zůstal v kontaktu se svými přáteli, příbuznými, zaměstnáním a společenských životem. Mělo by být flexibilní a nenátlakové. Funkční se zdají být více rovnocenné vztahy než struktura hierarchické moci. Pacienti by měli být začleňováni do péče a údržby zařízení. (tamtéž)

Domácí prostředí a méně formální atmosféra poskytuje péči, která je méně nátlaková a méně odcizující, než je nemocniční prostředí. Lidé,

kteří využívají služby v neinstitucionálním prostředí, jsou povzbuzováni k tomu, aby čerpali své vlastní zdroje. Musí zakusit určitý stupeň sebekontroly a přijmout zodpovědnost za své jednání a udržování prostředí, ve kterém žijí. S tím souvisí získávání více sebeúcty a pocit úspěchu. Domácí a nedonucovací podstata rezidenčních zařízení činí lidský kontakt s osobou v krizi snadnější než v nemocnici. (tamtéž)

Dále uvádím **tři zařízení**, která fungují v rozdílném sociálním prostředí, s rozdílnou koncepcí, ale se stejným cílem - začlenit pacienta co nejefektivněji zpět do komunity. Jedná se o zařízení Cedar House v USA, státě Coloradu, zařízení Venture v Kanadě, a zařízení Crossing Place v USA, státě Washingtonu D.C. Zmiňují **výhody a rizika** léčby v alternativní zařízení akutní péče. (Scheansová 2007/1)

Vzhledem k tomu, že rezidenční zařízení zatím v České Republice neexistuje, předkládám také rámcový návrh na jeho **projekt** (bez ekonomického propočtu). Uvádím, jakým způsobem by mohla být v takovém zařízení realizována psychosociální péče o soubor pacientů, kteří byli předmětem šetření této studie.

*Zabezpečení psychosociálních potřeb pacientů v projektu rezidenčního zařízení:*

Během pobytu v rezidenčním zařízení by byly zajišťovány optimální existenční podmínky pro pacienta. Pokud by pacient zůstal bydlet sám ve svém bytě, byl by během pobytu navázán kontakt s případovým pracovníkem organizace komunitní péče o duševní zdraví, který by zajišťoval pacientovi po propuštění psychickou podporu a praktické rady. V případě, že by bylo vhodné hledat pro pacienta jiné místo k samostatnému bydlení, podnikly by se v tomto ohledu kroky během pobytu v zařízení. Pacientovi by byl k dispozici sociální pracovník nebo terapeut, který by ho v zařizování bydlení provázel. Pokud by bylo vhodné, aby pacient měl větší dohled a kontakt s lidmi, byl by během pobytu zajištěn nástup do chráněného bydlení. U pacienta, který by se po propuštění vracel žít do domácnosti se svou rodinou, by během pobytu proběhlo několik sezení rodinné terapie, aby došlo ke snížení napětí mezi členy rodiny a aby byli poučeni, jak se stavět k psychotickému onemocnění v rodině. Během pobytu v rezidenčním zařízení by se pacient podílel pravidelně na domácích pracích a byl by veden k tomu, aby samostatnost v péči o sebe a svou domácnost udržel i ve svém domově po propuštění. Vzhledem k tomu, že zařízení by bylo vedeno v duchu terapeutické komunity, pacient by se podílel na rozhodování souvisejícím s provozem zařízení a byl by podporován jeho aktivní přístup k vedení domácnosti. Během pobytu v zařízení by se také učil úsporně nakládat s financemi a poznávat materiální hodnotu věcí kolem sebe. Pacientovi blízcí by byli terapeutem kontaktováni a povzbuzeni k tomu, aby pacienta vedli k samostatnosti.

Pacient, který by měl partnerský vztah, by během pobytu v zařízení absolvoval několik sezení partnerské terapie, aby se snížilo napětí a úzkost ohledně budoucího soužití ve stínu psychotické epizody. Partner by byl poučen, jak se stavět k nemocnému a jak reagovat na symptomy nemoci. V případě výraznějšího napětí ve vztahu by byla domluvena

kontinuální partnerská terapie ambulantní formou. V zařízení by pacient přišel také do kontaktu s lidmi opačného pohlaví, jak v rovině terapeutické, tak v rovině spolupacientů. V rámci skupinových sezení by mohl zažívat zpětné vazby od ostatních a pokoušet se o korekci případných maladaptivních postojů vůči opačnému pohlaví. Vedle skupinové terapie by zpracovával intimnější témata v individuální podpůrné terapii. Pacient, který by neměl partnerský vztah, by byl podporován v navazování přátelských vztahů a k hledání partnera. V zařízení by měl příležitost získávat na své chování pozitivní i negativní zpětné vazby. Mohl by se v terapii konfrontovat se svou případnou nejistotou ohledně navazování vztahů či s jinými faktory, které mu mohou ztěžovat komunikaci s jinými lidmi. V zařízení by byl seznámen s terapeutickými a rehabilitačními projekty (např. sociální klub, dům na půli cesty, chráněné bydlení, chráněné zaměstnání), kde by mohl najít přátele. Byl by rovněž poučen o zátěži a riziku rodičovství pro lidi s psychotickým onemocněním. V ambulantní péči po propuštění by pacienta povzbuzoval k socializaci především případový pracovník.

Příbuzní by byli motivováni k tomu, aby navštěvovali svépomocné skupiny pro rodinné příslušníky lidí s psychotickým onemocněním, které by rezidenčním zařízením byly jednou týdně organizovány. Příbuzní by byli seznámeni s povahou psychotického onemocnění, významem a efektem medikamentózní léčby, možnostmi psychosociální terapie a spektrem služeb.

Pacient, který by se cítil ve svém životě realizovaný v oblasti zaměstnání nebo studia, by byl během hospitalizace terapeutickým týmem podporován, aby si práci či studium udržel. Během vycházek by měl možnost za doprovodu dobrovolníka či jiného pacienta své zaměstnání navštívit a dohodnout nezbytné záležitosti. Po propuštění by podporu a poradenství v oblasti zaměstnání pacientovi poskytoval případový pracovník z organizace komunitní péče o duševní zdraví. V případě, že by pacient stál o to změnit oblast zaměstnání, terapeut a sociální pracovník by pacientovi aktivně pomohli hledat vhodné profesní zaměření a nabídky pracovních příležitostí. Nabídli by rovněž projekt chráněné práce a oslovili agentury zaměstnávající lidi s duševním onemocněním. Po propuštění by pacient zůstal v pravidelném kontaktu s komunitním případovým pracovníkem, který by ho podporoval v tom unést zátěž pracovního procesu a pomáhal mu zorganizovat si rozvrh dne a zaměstnání optimálním způsobem. Pacient, který by si přál pokračovat ve vzdělávání, by byl v tomto ohledu povzbuzován během hospitalizace i po propuštění. Pacienti by se během hospitalizace měli příležitost seznámit se s vzdělávacím projektem pro duševně nemocné nabízejícím výuku cizích jazyků, studiem humanitních i technických oborů. Vzdělávací projekt pro duševně nemocné by byl také vhodnou přípravou pro formální studium či rekvalifikační kurz. Během hospitalizace v rezidenčním zařízení by pacienti byli rovněž zapojeni do pracovní rehabilitace, aby si osvojili režim pracovního procesu a mohli se těšit z vlastní aktivity. Pacienti by měli během hospitalizace také čas (zvláště o víkend) věnovat se relaxaci a svým koníčkům. Měli by k dispozici hudbu, výtvarné potřeby, tělocvičnu, televizi, knihovnu, internet a společenské hry. Programy i využití volného času by v zařízení probíhaly pod pečlivým, ale vřelým dohledem personálu.

## ZÁVĚR

Realizace šetření v areálu psychiatrické léčebny pro mne znamenala konfrontaci s vlastními představami, předsudky a stereotypy o psychiatrii. Skutečnost, že jsem na psychiatrické oddělení přicházela se souhlasem ředitele k sociologickému šetření, vzbuzovala v personálu i pacientech různé emoce. Někteří pacienti, častěji ženského pohlaví, byli zúzkostněni. Jiní byli potěšeni, že se o ně někdo zajímá a možná jim zkrátí dlouhou chvíli. Lékaři se většinou cítili obtěžováni, že si dovoluji plýtvat jejich časem. Našli se však lékaři, kteří byli ochotní, vstřícní a své pacienty znali. Šetření v léčebně mi umožnilo nahlédnout, že psychiatrie obsahuje spektrum kvality a různých možností.

Při rozhovorech s pacienty jsem zažila empatické sdílení, autentickou radost z komunikace a porozumění, ale také pocit strachu z ohrožení a nevyzpytatelnosti. Významní druzí ve mně často vzbuzovali soucit a odkrývali míru bolesti a vyčerpání, které pro ně nesl život s psychoticky nemocným.

Vyhodnocením šetření jsem potvrdila hypotézu předpokládající tytéž vývojové psychosociální potřeby u souboru dvaceti mladých psychotických pacientů jako u duševně zdravého jedince. Znamenalo to, že pacienti stáli o to hledat si životního partnera a realizovat se v životě. Ohledně osamostatnění od rodičů se objevily spíše ambivalentní postoje.

Potvrdila jsem i druhou hypotézu, že nabízená psychosociální péče na akutním oddělení léčebny reflektovala potřeby zmíněného souboru pacientů. V kvantitativní rovině data hypotézu sice potvrdila, ale mé pocity pozorovatele nebyly jednoznačné. Při pozorování na oddělení a rozhovoru s lékařem jsem došla k závěru, že kvalita péče by mohla být plně v souladu s potřebami pacientů, pokud by lékař měl volnou ruku ohledně rekonstrukce oddělení, jeho vybavení a navýšení personálu. Ve skutečnosti služby, o kterých hovořil, byly sice k dispozici, ale málo využívány. Personál nebyl dostatečně kvalifikován ani motivován k tomu, aby služby v potřebné míře realizoval. Ačkoliv vedoucí lékař získal mé sympatie, na oddělení byl cítit duch instituce a patriarchálního přístupu.

Zdá se mi smysluplná myšlenka, že psychoticky nemocný potřebuje ke své stabilizaci spíše malé prostředí s neformálními vztahy a atmosférou důvěry a bezpečí. Domnívám se, že v naší zemi existují ambulantní zařízení a stacionáře, které jsou tomuto předpokladu poměrně blízko. Mám na mysli například psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, občanské sdružení FOKUS a další. V oblasti akutní péče je zatím k dispozici stále jen institucionální péče psychiatrické léčebny a kliniky. Proto jsem v závěru této studie předložila návrh rezidenčního zařízení pro psychotické pacienty jako alternativu k akutní nemocniční péči. Inspiraci jsem našla v zahraničních projektech, které byly založeny dle modelu terapeutické komunity. Takové zařízení má nepochybně své limity a nemůže sloužit každému pacientovi. Ukazuje se však, že v mnoha případech může zkrátit dobu hospitalizace a umožnit návrat do přirozené komunity efektivněji, v kratší době a někdy i s menšími náklady než nemocniční péče. Věřím, že i naše zdravotní a sociální péče jednoho dne umožní pacientům čerpat takové služby.

## LITERATURA

1. BELLACK, A., MUESER, K. et al (1997): *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by-Step Guide*. 1st Ed. The Guilford Press, USA.
2. BELLACK, L. (1966): *Schizophrenia. A Review of the Syndrom*. 1st Ed. Grune and Stratton, Inc., New York.
3. ČERNOUŠEK, M. (1994): *Šílenství v zrcadle dějin. Pojednání pro inteligentní čtenáře*. 1. Vyd. Grada Avicenum, Praha.
4. DIAMOND, S. (1951): *Anger, Madness and the Daimonic: The Psychological Genesis of Violence, Evil and Creativity*. 1st Ed. State University of New York Press, USA.
5. DISMAN, M. (2000): *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. Vyd. Univerzita Karlova, Karolinum, Praha.
6. DORNER, K., PLOG, U. (1999): *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. Vyd. Grada Publishing, Praha.
7. ERIKSON, E. H. (1999): *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. 1. Vyd. Nakladatelství Lidové noviny, Praha.
8. ERIKSON, E. H. (2002): *Dětství a společnost*. 1. Vyd. Argo, Praha.
9. FIERZ, K.H. (1991): *Jungian Psychiatry*. 1st Ed. Daimon Verlag, Switzerland.
10. FOUCAULT, M. (1997): *Psychologie a duševní nemoc*. 1. Vyd. Dauphin, Praha-Liberec.
11. GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. (1995): *Poradenský proces*. 1. Vyd. Sociologické nakladatelství, Praha.
12. GIDDENS, A. (1999): *Sociologie*. 1. Vyd. Argo, Praha.
13. GOFFMAN, E. (1961): *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. 1st Ed. Anchor Books, New York.
14. GOFFMAN, E. (2003): *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. 1. Vyd. Sociologické nakladatelství, Praha.
15. GREENBERGOVÁ, J. (1998): *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. 1. Vyd. Triton, Praha
16. GROF, S. (1992): *Holotropní vědomí. Tři úrovně lidského vědomí, formující naše životy*. 1. Vyd. Tiskárny Havlíčkův Brod, Havlíčkův Brod.
17. HENDL, J. (2004): *Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat*. Portál, Praha.
18. HOSCHL, C. (1996): *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. Vyd. H&H, Jinočany.
19. JANÍK, A. (1983): *Psychiatrie*. 1. Vyd. Avicenum, Praha.
20. JANKOWSKI, K. (1975): *Od psychiatrie biologické k humanistické*. 1. Vyd. Państwowy institut Wydawniczy, Warszawa. (Český překlad 1980 pro vnitřní potřeby PA/OÚNZ Náchod)
21. JEFFRIES et al (1990): *Living and Working with Schizophrenia. Information and Support for Patients and Their Families, Friends, Employers, and teachers*. 2nd Ed. University of Toronto Press, Canada.
22. JUNG, C.G. (1993): *Analytická psychologie. Její teorie a praxe. Tavistocké přednášky*. 1. Vyd. Academia, Praha.
23. JUNG, C.G. (1998): *Výbor z díla II. Archetypy a nevědomí*. 1. Vyd. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno.
24. JUNG, C.G. (2000): *Výbor z díla III. Osobnost a přenos*. 1. Vyd. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno.

25. KASTOVÁ, V. (1999): *Imaginace jako prostor pro setkání s nevědomím*. 1. Vyd. Portál, Praha.
26. KASTOVÁ, V. (2000): *Krizy a tvořivý přístup k ní. Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. Vyd. Portál, Praha.
27. LAING, R.D. (2000): *Rozdělené Self*. 1. Vyd. Psychoanalytické nakladatelství, Praha.
28. LIBIGER, J. (1990): *Schizofrenie*. 1. Vyd. Psychiatrické Centrum, Praha.
29. MATOUŠEK, O. (1999): *Ústavní péče*. 2. Vyd. Sociologické nakladatelství, Praha.
30. MATOUŠEK, O. a kol. (2003): *Metody a řízení sociální práce*. 1. Vyd. Portál, Praha.
31. MATOUŠEK, O. a kol. (2007): *Základy sociální práce*. 2. Vyd. Portál, Praha.
32. PERRY, J.W. (1953): *The Self in Psychotic Process*. 1st Ed. University of California Press, USA.
33. PERRY, J.W. (1974): *The Far Side of Madness*. 1st Ed. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, USA.
34. PERRY, J.W. (1987): *The Heart of History. Individuality in Evolution*. 1st Ed. State University of New York Press, USA.
35. PROBSTOVÁ, V., ŠELEPOVÁ, P. a kol. (2006): *Manuál. CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných. Česká verze*, 1. Vyd. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha.
36. SCHEANSOVÁ, A. (2007): *Alternativa akutní péče o psychiatrické pacienty: rezidenční zařízení*. Kontakt. Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky, 1, s. 54-64.
37. SCHEANSOVÁ, A. (2007): *Šetření psychosociálních potřeb mladých akutně psychotických pacientů*. Česká a slovenská psychiatrie, 6, s.268-279.
38. SCHEANSOVÁ, A. (2007): *Představuji: John Weir Perry a projekt Diabasis*. Forum Jungianum. Časopis české společnosti pro analytickou psychologii, 2, s.19-22.
39. SCHEANSOVÁ, A. (3. 3. 2007): *Fenomén závislosti a archetyp iniciace*. Příspěvek na I. Konferenci České společnosti pro analytickou psychologii. Sborník příspěvků ke konferenci ČSAP, Brno.
40. SMOLÍK, P. (1996): *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nozoologie. Diagnostika*. 1. Vyd. Maxdorf, Praha.
41. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. (1999): *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. Vyd. Albert, Boskovice.
42. SYŘIŠŤOVÁ, E. a kol. (1989): *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. 1. Vyd. Avicenum, Praha.
43. VÁGNEROVÁ, M. (2002): *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. Vyd. Portál, Praha.
44. VONDRÁČEK, V., HOLUB, F. (1999): *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. 3. Vyd. Columbus, Bratislava.
45. WARNER, R. (1995): *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment*. 1st Ed. American Psychiatric Press, Washington, DC.



46. WOLLSCHLAGER, M.a G. (2002): *Symbol v diagnostice a psychoterapii. Práce s předmětnými symboly v individuální, rodinné a skupinové terapii*. 1. Vyd. Portál, Praha.
47. YALOM, I. (1975): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 2nd Ed. Basic Books, Inc., USA.
48. SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AKADEMIE VĚD ČR (1996): *Velký sociologický slovník*. 1. Vyd. Univerzita Karlova, Karolinum, Praha.
49. SOCIOLOGICKÉ POJMOSLOVÍ (1994): *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 1. Vyd. Sociologické nakladatelství, Praha.
50. GLOBAL VISION: *Interviews: Dr. John Weir Perry*. <http://www.global-vision.org/interview/perry.html>
51. Interní materiály České společnosti pro analytickou psychologii (2003): *Giuseppe Maffei. Archetypální struktury, primární represe a terapeutický vztah s psychotiky*. Brno-Praha, ČSAP.