

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**

Dizertační práce

Vedoucí práce: Oldřich Matoušek

2007

Prohlašuji, že jsem dizertační práci vykonala samostatně
s využitím uvedených pramenů a literatury.

.....
podpis

Abstrakt

Cílem této práce je přispět k procesu zefektivňování psychiatrické péče. 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. Zajímalo mne, zda má pacient zájem a možnost osamostatnit se od primární rodiny, hledat si životního partnera a realizovat se v oblasti zaměstnání či zájmové činnosti. Šetření se týkalo dvaceti lidí trpících psychotickým onemocněním, toho času hospitalizovaných na akutním oddělení psychiatrické léčebny v Bohnicích. Zdrojem šetření potřeb byl pacient, jeho významný druhý, ošetřující lékař a psychosociální pracovník. Data byla sbírána metodou dotazníku v kombinaci s nestandardizovaným rozhovorem. Vyhodnocením šetření jsem zjistila, že pacienti stáli o to hledat si životního partnera a realizovat se v životě. Ohledně osamostatnění od rodičů se objevily spíše ambivalentní postoje.

Dále mne zajímalo, jakým způsobem mohly být naplňovány psychosociální potřeby zmíněných pacientů na akutním oddělení psychiatrické léčebny. Formou sběru informací byl rozhovor s vedoucím lékařem a pozorování chodu oddělení. Zjistila jsem, že nabídka služeb sice byla v souladu s potřebami pacientů, ale jejich kvalitu jsem nepovažovala za optimální. Proto jsem uvedla návrh zefektivnění péče pro toto oddělení.

V závěru jsem seznámila s projektem rezidenčního zařízení, které může sloužit jako alternativa akutní nemocniční péče. Inspiraci jsem našla v zahraničí, kde tato zařízení založená po vzoru terapeutické komunity úspěšně snižují počet hospitalizací v instituci.

Abstract

The goal of this study is to contribute in a process of psychiatric care streamlining. I tried to acknowledge the extent to what a young psychotic patient can show out psychosocial needs inherent to a stable individual.

Theoretically, the study is based on the Erik Erikson's concept of a human development. I was interested whether the patient is concerned and in a position to cut adrift from his prime family, to look for a fellow, and to fulfil himself in the realm of occupation. The inquiry was applied to twenty patients suffering from psychotic illness, contacted during their hospitalization at the acute care department of the mental hospital (PL Bohnice). Source of the examination was a patient, a significant other, an attending psychiatrist, and a psychosocial worker. Data were gleaned by methods of a questionnaire, and an interview. Based on the data obtained I have found out that patients were unambiguously interested to have a fellow relationship, and to feel fulfilled in their lives. In respect of cutting adrift from prime family there appeared to be ambivalent attitudes.

Then I was interested in the way psychosocial needs of the mentioned patients could be fulfilled at the acute department of the mental hospital. Data were gleaned by an interview with a head doctor and an observation of the department running. I have found out that an offer of services was accorded with patient's needs. However, the quality of services I have not considered to be optimal. Therefore I have brought out a proposal of care streamlining of the department.

In the end I have introduced a project of a residential facility which could serve as an alternative of acute institutional care. I have found an inspiration in foreign countries where these kind of facilities established usually according the model of a therapeutic community successfully decline number of hospitalizations in the institutions.

OBSAH

ÚVOD	6
I. TEORETICKÁ ČÁST. O TEORII LIDSKÉHO VÝVOJE, PSYCHOTICKÉM ONEMOCNĚNÍ A VYMEZENÍ LIDSKÝCH POTŘEB	8
1. Teoretické východisko: Osm věků člověka	9
2. Oblast zaměření: Psychotické onemocnění	15
2.1. Základní terminologie	15
2.2. Psychotické onemocnění	15
2.2.1. Psychodynamické hledisko	15
2.2.2. Deskriptivně psychiatrické hledisko	17
2.2.2.1. Obecná kritéria psychózy	17
2.2.2.2. Schizofrenie (F20)	18
2.2.2.3. Trvalé duševní poruchy s bludy (F22)	21
2.2.2.4. Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23)	22
2.2.2.5. Schizoafektivní poruchy (F25)	23
2.2.2.6. Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky (F32.3)	24
2.3. Porucha sociální interakce při psychotickém onemocnění	25
2.3.1. Kvalita percepce a komunikace	25
2.3.2. Teorie rodinné interakce	27
2.3.3. Terapie a sociální práce	28
3. Možnosti vymezení lidských potřeb	31
3.1. Vymezení lidských potřeb ze sociálně psychologického hlediska	31
3.2. Vymezení lidských potřeb ze zdravotního hlediska	31
3.3. Vymezení zdravotně-sociálních potřeb u duševně nemocných	32
3.3.1. Nástroje hodnocení zdravotně-sociálních potřeb duševně nemocných	33
II. ŠETŘENÍ VÝVOJOVÝCH PSYCHOSOCIÁLNÍCH POTŘEB DVACETI PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ	35
1. Vymezení výzkumné otázky	36
2. Formulace hypotéz	37
3. Informační zdroje šetření	39
3.1. Význam informačních zdrojů	39
3.2. Konstrukce vzorku	39
4. Technika sběru informací	42
5. Realizace šetření	44
5.1. Spolupráce s pacienty	44
5.2. Spolupráce s lékaři	45
5.3. Spolupráce s významnými druhými	46
5.4. Role psychosociálního pracovníka	48
6. Vyhodnocení šetření	49
6.1. Kazuistiky	49
6.1.1. Filip	49
6.1.2. Radek	50
6.1.3. Boris	50

6.1.4. Monika	51
6.1.5. Gustav	52
6.1.6. Roman	53
6.1.7. Evžen	54
6.1.8. Standa	55
6.1.9. Aleš	56
6.1.10. Zdena	57
6.1.11. Norbert	59
6.1.12. Patrik	59
6.1.13. Irena	61
6.1.14. Richard	62
6.1.15. Barbora	63
6.1.16. David	64
6.1.17. Jirka	65
6.1.18. Martina	67
6.1.19. Jana	67
6.1.20. Karel	68
6.2. Vyhodnocení potřeb jednotlivých pacientů	69
6.2.1. Filip	69
6.2.2. Radek	70
6.2.3. Boris	70
6.2.4. Monika	71
6.2.5. Gustav	72
6.2.6. Roman	72
6.2.7. Evžen	73
6.2.8. Standa	74
6.2.9. Aleš	74
6.2.10. Zdena	75
6.2.11. Norbert	75
6.2.12. Patrik	76
6.2.13. Irena	77
6.2.14. Richard	77
6.2.15. Barbora	78
6.2.16. David	78
6.2.17. Jirka	79
6.2.18. Martina	80
6.2.19. Jana	80
6.2.20. Karel	81
6.3. Souhrnné vyhodnocení potřeb pacientů	81
6.3.1. Osamostatnění se od primární rodiny	82
6.3.2. Partnerství	83
6.3.3. Realizace	84
6.4. Vyhodnocení postojů pacienta, lékaře, významného druhého a psychosociálního pracovníka	85
6.4.1. Osamostatnění se od primární rodiny	86
6.4.2. Partnerství	89
6.4.3. Realizace	94
7. Shrnutí šetření	102
7.1. Osamostatnění se od primární rodiny	102
7.2. Partnerství	103
7.3. Realizace	104

8. Ověření hypotéz	106
8.1. Potvrzení pracovní hypotézy 1	106
8.2. Vyvrácení pracovní hypotézy 2	106
8.3. Potvrzení pracovní hypotézy 3	107
8.4. Potvrzení pracovní hypotézy 4	108
8.5. Potvrzení pracovní hypotézy 5	108
8.6. Potvrzení pracovní hypotézy 6	109
8.7. Potvrzení základní hypotézy 1	109
9. Diskuse	111
III. NÁVRH PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE PRO DVACET PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ	112
1. Výstup šetření vývojových psychosociálních potřeb dvaceti psychotických pacientů	113
2. Šetření kvality psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny	115
2.1. Formulace hypotéz	115
2.2. Způsob šetření	116
2.2.1. Interview s vedoucím lékařem oddělení akutní péče psychiatrické léčebny	116
2.2.2. Pozorování na oddělení akutní péče psychiatrické léčebny	123
2.3. Vyhodnocení šetření	125
2.3.1. Potvrzení pracovní hypotézy 7	125
2.3.2. Potvrzení pracovní hypotézy 8	126
2.3.3. Potvrzení pracovní hypotézy 9	126
2.3.4. Potvrzení základní hypotézy 2	127
2.4. Možné zefektivnění poskytované péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny	127
3. Alternativa akutní psychiatrické péče	129
3.1. Teoretické vymezení efektivní psychiatrické péče o psychotické pacienty	129
3.2. Význam psychiatrické léčebny	130
3.3. Význam komunitně orientované psychiatrické péče	130
3.4. Rezidenční zařízení	132
3.4.1. Cedar House (USA, Colorado)	132
3.4.2. Venture (Kanada)	135
3.4.3. Crossing Place (USA, Washington D.C.)	138
3.4.4. Výhody léčby v rezidenčním zařízení	141
3.4.5. Rizika léčby v rezidenčním zařízení	142
3.5. Návrh na zefektivnění české psychiatrické péče	143
3.5.1. Projekt rezidenčního zařízení	143
3.5.2. Zabezpečení psychosociálních potřeb pacientů v projektu rezidenčního zařízení	147
ZÁVĚR	149
Literatura	151
Příloha I.	i
Příloha II.	xv

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří zejména Oldřichu Matouškovi za inspiraci k projektu této dizertační práce a kontinuální odborné vedení. Václavě Probstové děkuji za orientaci v oblasti zkvalitnění psychiatrické péče a mnohé podněty. Dále vděčím Daliboru Holdovi za cenná doporučení ohledně metodologického zpracování dat. Zásadní pro realizaci této studie byla rovněž vstřícnost a zájem Zdeňka Bašného, tehdejšího ředitele Psychiatrické léčebny Bohnice. V neposlední řadě děkuji pacientům a jejich blízkým, že byli ochotni se podělit o své příběhy a zkušenosti. Vážím si rovněž ochoty lékařů oddělení akutní péče, kteří cenným dílem přispěli ke sběru potřebných dat.

Motto:

„Pokud mně člověk dovede vysvětlit sám sebe takovým způsobem, že cítím, že s ním mám kontakt, potom ten člověk není duševně chorý. Být bláznem je velmi relativní pojem. Když se například černocho chová určitým způsobem, řekneme, 'Inu, vždyť je to jen černocho', ale chová-li se stejným způsobem bělocho, řekneme, 'Ten člověk se pomátl', protože bělocho se tak nemůže chovat. Od černocho se očekává, že takové věci dělá, ale bělocho je nedělá. Být 'blázen' je sociální pojem; užíváme sociálních vymezení, omezení a definicí, abychom rozlišili duševní poruchy. Můžete říci, že ten člověk je zvláštní, že se chová neočekávaným způsobem a má směšné myšlenky, a žije-li náhodou v nějakém malém městě ve Francii nebo ve Švýcarsku, řekli byste, 'Je to originální chlapík, jeden z nejoriginálnějších obyvatel tohoto malého městečka', ale když ho přivedete doprostřed Harley Street, tak je vyloženě bláznivý. Nebo je-li určitý jedinec malíř, myslíte si, že je velmi originální umělec, ale nechte toho muže dělat pokladníka ve velké bance a ta banka si něco zažije. Potom řeknou, že ten chlapek byl určitě blázen. Ale to jsou jednoduše společenské zřetele.“
(Jung 1993, s.180)

ÚVOD

V současné době se v psychiatrii stále více hlásí o slovo komunitní přístup usilující o to krátit 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. (Scheansová 2007/6)

Erik Erikson za předpoklad psychické stability v období mladé dospělosti považoval nalezení vlastní identity, návazání 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)

Psychosociální potřeby pacientů jsem zjišťovala pomocí kvantitativní a kvalitativní metody sociologického výzkumu.

Jednalo se o formu dotazníku v kombinaci s nestandardizovaným rozhovorem a pozorováním. Zdrojem šetření potřeb pacientů byl v první řadě pacient sám, dále jeho významný druhý, ošetřující lékař a psychosociální pracovník. První kolo šetření proběhlo v září 2003 v areálu Psychiatrické léčebny Bohnice, druhé kolo s odstupem tři měsíců mimo léčebné prostředí. (Scheansová 2007/6)

Na základě výstupu realizovaného šetření jsem nahlédla, jakým způsobem mohly být naplňovány psychosociální potřeby zmíněných pacientů na akutním oddělení psychiatrické léčebny. Formou sběru informací byl rozhovor s vedoucím lékařem a pozorování chodu oddělení. 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)

I. TEORETICKÁ ČÁST. O TEORII LIDSKÉHO VÝVOJE,
PSYCHOTICKÉM ONEMOCNĚNÍ A VYMEZENÍ LIDSKÝCH
POTŘEB

Motto:

„Naštěstí léčení vyžaduje vždy holistický přístup, který nepopírá zjištěná fakta, ale spíše se snaží zahrnout je do širšího, poněkud lépe vysvětlujícího kontextu ... existence lidských bytostí závisí v každém okamžiku na třech procesech organizace, které se musí vzájemně doplňovat. Je to, bez ohledu na pořadí, biologický proces hierarchické organizace orgánových systémů konstituujících tělo (soma); psychický proces organizující individuální zkušenost pomocí ego syntézy (psyche); a společenský proces kulturní organizace vzájemné závislosti osob (ethos).“
(Erikson 2002, s.28)

1. TEORETICKÉ VÝCHODISKO: OSM VĚKŮ ČLOVĚKA

Erik H. Erikson (1902-1994) byl jedním z nejvýznamnějších představitelů psychiatrie, psychoanalýzy a humanistické filozofie dvacátého století. Proslavil se především tím, že dále rozpracoval Freudovy myšlenky, a obohatil na jedince zaměřený psychoanalytický pohled i o sociální rozměr. Jeho životním dílem byla psychoanalytická psychosociální teorie „Osm věků člověka“ (Erikson 2002).

Eriksonova teorie (1999, 2002) obsahuje osm základních stadií, kterými jedinec během života prochází. Každé stadium je výzvou ke splnění určitého životního úkolu. Pokud je úkol splněn, dochází k posunu ve vývoji; pokud nemůže být naplněn, dochází ke krizi a stagnaci ve vývoji. V časování lidského vývoje existuje značná variabilita a pro žádné stadium nemohou být věkové specifikace určeny nezávisle na sociálních kritériích a tlacích. Produktem příznivých poměrů každého stadia je určitá silná stránka člověka, tzv. ctnost.

Nyní blíže k jednotlivým stadiím:

1. Základní důvěra proti základní nedůvěře: naděje

Bez základní důvěry dítě nemůže přežít. Z toho vyplývá, že každá žijící osoba má základní důvěru a s tím i do určitého stupně ctnost naděje. Základní důvěra je potvrzením naděje a dává člověku odvahu podstupovat nástrahy života. Ačkoli trocha nedůvěry je pro přežití nezbytná a má ochraňující funkci, převaha nedůvěry by kontaminovala všechny stránky života, znemožnila by navazování mezilidských vztahů. (Erikson 1999)

„Prvním projevem sociální důvěry dítěte je to, jak snadno se krmí, jak dobře spí a jak vyprazdňuje střeva... Ve stále delších obdobích bdělosti dítě zjišťuje, že stále víc dobrodružných smyslů u něj vzbuzuje pocit intimnosti, dojem, že je spjato s pocitem vnitřního blaha... První společenský výkon novorozeněte je tedy jeho ochota nechat matku zmizet z dohledu bez nadměrné úzkosti či zlosti, protože se stala vnitřní jistotou i vnější předvídatelností... Všeobecný stav důvěry navíc naznačuje nejen to, že jedinec se naučil spoléhat na stejnost a kontinuitu svých vnějších zaopatřovatelů, ale také, že může důvěřovat sobě samému a schopnosti svých orgánů zvládnout vnitřní popudy...“

V psychopatologii lze nepřítomnost základní důvěry nejlépe studovat na dětské schizofrenii, zatímco celoživotní základní slabost takové důvěry je zjevná v dospělých osobnostech, u nichž se únik do schizoidních a depresivních stavů stane trvalým sklonem. Bylo zjištěno, že v těchto případech je základním požadavkem terapie obnovený stav důvěry." (Erikson 2002, s.225-226)

2. Autonomie proti studu a pochybám: vůle

Dítě kolem dvou let života začne být překvapivě svéhlavé, je připraveno stát pevně na svých nohou. Jeho postoj je hravý, ale pevný a sebe-uspokojující. Chce něco dělat a ukazuje, že může. Čím silnější je jeho vůle, tím více toho na sebe bere. Pokud jsou však jisté meze překročeny, může se vše obrátit v nejistotu a ztrátu sebedůvěry končící studem a pochybami ve své schopnosti. (Erikson 1999)

„Rozvoj svalstva dítěte připravuje jeviště pro experimentování se dvěma souběžnými soubory sociálních modalit: držení a pouštění... Pevné vedení musí dítě ochránit před možnou anarchií jeho dosud nevyzrcičeného smyslu pro rozlišování, před jeho neschopností držet a pouštět uvážlivě. Vzhledem k tomu, že dítě vede jeho okolí k tomu, aby 'stálo na vlastních nohou', musí je na druhé straně pevná kontrola chránit před nesmyslnými a náhodnými zkušenostmi studu a raných pochybností... Pokud je dítěti odpírána postupná a dobře zprostředkovaná zkušenost autonomie svobodné volby (nebo pokud je oslabeno počáteční ztrátou důvěry), obrátí proti sobě veškeré své nutkání rozlišovat a manipulovat... Vyvine se u něj předčasně zralé svědomí. Místo zmocňování se věci s cílem ozkoušet je účelným opakováním bude dítě posedlé svou vlastní repetitivností... Takové neslavné vítězství je dětským modelem nutkavé neurózy... Toto stadium se stává rozhodující pro poměr mezi láskou a nenávistí, spoluprací a vzdorovitostí, svobodou vyjadřování sebe sama a jejím potlačováním. Z pocitu sebeovládání bez ztráty sebeúcty vychází trvalý pocit dobré vůle a hrdosti; pocit ztráty sebeovládání a pocit cizí dominance vyvolává trvalý sklon k pochybnostem a studu..." (Erikson 2002, s.229-231)

3. Iniciativa proti vině: cíl

V tomto období vývoje je dítě nejlépe připraveno rychle a s chutí se učit, chce se stávat dospělejším skrze sdílení povinností a práce. Iniciativou se rozumí vykročení novým směrem, následování určitého cíle. Je s ní spjata odvaha a statečnost, ale pokud selže, doprovází ji silný pocit ochabnutí. Kdo je iniciativní, je pln života a nadšení, dokud trvá, ale tomu, kdo provokuje iniciativu, bývá známý pocit nepřiměřenosti a viny. (Erikson 1999)

„Zdá se být víc 'sebou samým', má více lásky, je uvolněnější a bystřejší ve svých úsudcích, aktivovanější a více aktivující. Má k volné dispozici nadbytek energie, který mu pomáhá rychle zapomenat na nezdary a blížit se žádoucímu cíli (i když se cíl též zdá být nejasný a dokonce nebezpečný) s nezmenšeným a cílenějším úsilím... Nebezpečí tohoto stadia spočívá v pocitu viny, který plyne z uvažovaných cílů a z výkonů, do nichž se dítě pustilo ve své

bujné radosti z nové pohybové a mentální síly: jde o skutky agresivní manipulace a donucování... Dětská žárlivost a rivalita, ty často hořké a přesto vlastně zbytečné pokusy vymezit sféru nesporných výsad, teď dostupují svého vrcholu v konečné soutěži o privilegované postavení u matky a obvyklý neúspěch vede k rezignaci, pocitu viny a úzkosti... V patologických případech dospělých je reziduální konflikt týkající se iniciativy vyjádřen buď hysterickým popíráním, které způsobuje vytěsnění přání nebo zrušení jeho výkonného orgánu prostřednictvím paralýzy, inhibice či potence; anebo v nadměrně kompenzačním vychloubání, v jehož rámci se vystrašené individuum, které tolik touží 'zmizet', místo toho 'nese svou kůži na trh'. V této situaci je běžný i prudký záchvat psychosomatické nemoci..." (Erikson 2002, s.232-234)

4. Příčinnostivost proti inferioritě: schopnost kompetence

Každý člověk je hodnocen podle svých schopností. K tomu, aby člověk mohl být tvořivý, potřebuje určitý soubor dovedností. (Erikson 1999)

„Nyní se učí, jak získat uznání výrobou věcí. Zvládlo pohybovou stránku vývoje... Rozvíjí pocit příčinnosti, to znamená přizpůsobuje se umělým zákonům světa nástrojů. Může se stát horlivou a zaujatou součástí výrobního procesu. Završit výrobní proces je cílem, který postupně nahrazuje rozmary a přání hry... Pracovní princip jej učí radosti z dokonané práce prostřednictvím stálé pozornosti a neutuchající píle... V tomto stadiu číhá na dítě nebezpečí v pocitu nedostatečnosti a méněcennosti. Pokud zmalomyslní nad svými nástroji a dovednostmi či nad svým statutem mezi partnery v užívání nástrojů, může ho to odradit od identifikace s nimi a s určitou částí světa nástrojů. Ztráta naděje na takové 'sdružování při činnosti' může dítě stáhnout zpět do izolovanější, méně nástroji ovlivňované rodinné rivality oidipského období. Dítě si nedokáže poradit se svým vybavením ve světě nástrojů a v anatomii a pokládá sebe sama za tvora odsouzeného k průměrnosti či nedostatečnosti." (Erikson 2002, s.235-236)

5. Identita proti konfuzi rolí: věrnost

Již s narozením je člověku vepsána určitá identita ve formě jména, pohlaví a národnosti. Úkolem tohoto období je však vypořádat se s tím, kdo si myslím, že jsem, proti tomu, co si ostatní mohou myslet, že jsem nebo se snažím být. Společenský život je formován hraním sociálních rolí a dospívající si přirozeně přeje, aby mohl hrát ty role, které jsou pro něj atraktivní. Je třeba získat jistotu vědomí, kdo jsem a o co ve svém životě usiluji. (Erikson 1999)

„V pubertě a adolescenci jedinec znovu více či méně zpochybňuje veškerou neměnnost a veškeré kontinuity, na něž se dříve spoléhal, a to v důsledku rychlosti fyzického růstu, která je nyní stejná jako v raném dětství, a v důsledku nového faktoru - pohlavní zralosti. Rostoucí a vyvíjející se mládež, jež čelí této fyziologické revoluci v sobě samé a před níž stojí konkrétní úkoly dospělosti, se nyní zabývá hlavně tím, jak vypadá v očích jiných

lidí ve srovnání s tím, jak se sama cítí, a otázkou, jak propojit role a dovednosti pěstované dříve s profesními prototypy současnosti... Integrace, k níž nyní dochází ve formě ego identity, představuje - jak již bylo zdůrazněno - víc než pouhý součet identifikací dětství. Je to suma nahromaděných zkušeností, jež plynou ze schopnosti ega integrovat veškeré identifikace s kolísáním libida, se schopnostmi rozvinutými díky nadání a s příležitostmi, jež nabízejí sociální role. Pocit ego identity pak tvoří akumulovaná důvěra v to, že vnitřní neměnnost a kontinuita vybudovaná v minulosti bude odpovídat neměnnosti a kontinuitě jedincova významu pro jiné lidi, jak dokládá konkrétní příslib jeho 'kariéry'... V tomto stadiu číhá nebezpečí difuznosti. Tam, kde je založena na silných předchozích pochybnostech o sexuální identitě, nejsou vzácné případy delikvence či přímo psychotické poruchy. Jsou-li správně diagnostikovány a léčeny, nemají tyto incidenty tak fatální dopad jako v jiných obdobích vývoje dítěte. Ovšem ve většině případů vyvede mladé lidi z rovnováhy neschopnost 'usadit se' v profesní identitě. Ve snaze udržet svou integritu se někdy nadměrně identifikují s hrdiny různých part a skupin, a to do té míry, že úplně ztrácejí svou identitu." (Erikson 2002, s.237-239)

6. Intimita proti izolaci: láska

Láskyplný partnerský vztah a zplození potomků přináší naplnění života. Pokud tato úloha nemohla být naplněna, na člověka útočí pocit prázdnoty a izolace. (Erikson 1999)

„Právě dospělý jedinec, který ukončil hledání identity a její zdůrazňování, se snaží a je ochoten spojit svou identitu s identitou ostatních. Je připraven k intimitě, tedy schopnosti vstoupit do konkrétních spojení a partnerství a vyvíjet etickou sílu takové závazky dodržovat, byť by to vyžadovalo značné oběti a kompromisy... Vyhýbat se takovým zkušenostem ze strachu ze ztráty ega může vést k hlubokému pocitu izolace a následnému ponoření se do sebe... Protikladem intimity je distancování: schopnost izolovat a případně zničit ony síly a lidi, jejichž podstata se zdá být nebezpečná naší vlastní podstatě a jejichž 'teritorium' - jak se nám jeví - omezuje rozsah našich intimních vztahů... Nebezpečím tohoto stadia je, že jedinec zakouší intimní, soupeřivé a bojovné vztahy zároveň s jistými osobami i proti nim. Ale vzhledem k tomu, že jsou oblasti povinností dospělých vyznačeny a že se rozlišuje mezi soupeřivým střetnutím a sexuálním objetím, podléhají později takové vztahy onomu etickému smyslu, který je známkou dospělosti. Z bližšího pohledu se právě v tomto období může plně rozvinout skutečná genitalita: velká část sexuálního života před touto fází totiž patří do kategorie hledání identity nebo je ovládána falickým či vaginálním nutkáním, jež mění pohlavní život v jistý druh souboje pohlaví... Nebezpečím tohoto stadia je izolace, tedy snaha vyhýbat se kontaktům, které vedou k intimitě. V psychopatologii může tato porucha zapříčinit vážné 'charakterové problémy'." (Erikson 2002, s.239-242)

7. Generativita proti stagnaci: péče

Stadium generativity je ve srovnání s ostatními nejdelší - zabírá třicet let nebo více, během kterých je člověk produktivní v zaměstnání a zároveň zakládá novou rodinu. V tomto období je člověk konfrontován s velkou zodpovědností, s mnoha novými povinnostmi, radostmi a zájmy profesního a rodinného života. Pokud však chybí pocit potřebnosti, pokud člověk není vyzýván k aktivitě a produktivitě, může převládnout pocit stagnace. (Erikson 1999)

„(Generativita) tento pojem zahrnuje evoluční vývoj, který změnil člověka ve tvora vyučujícího a uvádějícího, nejen učícího se. Módní snahy drammatizovat závislost dětí na dospělých nám často brání vnímat závislost starší generace na mladší. Zralý muž potřebuje být potřebován a zralost vyžaduje vedení stejně jako povzbuzení od toho, co bylo vyprodukováno a co musí být opatrováno... Generativita je tedy především problémem při zakládání a vedení příští generace, i když existují jedinci, kteří - v důsledku rány osudu či z důvodů zvláštního a opravdového talentu v jiných směrech - nezaměřují toto puzení na své vlastní potomstvo. A vskutku, pojem generativity má obsahovat taková populární synonyma, jako je produktivita a kreativita, která jej ovšem nemohou nahradit... Generativita je tudíž základním stadiem v psychosexuálním i psychosociálním rozvoji. Tam, kde snahy o takové obohacení naprosto selhávají, dochází k regresi, k obsesivní potřebě pseudointimity, často s převládajícím pocitem stagnace a osobního ochuzení. Jedinci si pak začínají libovat v chování, jako kdyby byli svým vlastním jediným dítětem nebo - v páru - navzájem dítětem jeden druhého. Tam, kde existují vhodné podmínky, se nástrojem sebezájmu stává raná invalidita, fyzická či duševní. Pouhý fakt, že člověk má nebo chce mít děti, ovšem ještě neznamená 'dosažení' generativity. Ve skutečnosti někteří mladí rodiče, jak se zdá, trpí opožděním schopností rozvinout toto stadium.“ (Erikson 2002, s.242-243)

8. Ego integrita proti zoufalství: moudrost

V tomto stadiu dochází k retrospektivnímu účtování s dosavadním životem. Je zásadní, nakolik je člověk s obsahem svého života spokojený. Pokud pocituje lítost nad zmeškaným časem a příležitostmi, může prožívat nechuť a zoufalství. Moudrost spočívá v tom dokázat vidět, dívat se a rozpomínat se, stejně jako naslouchat, slyšet a pamatovat si. Integrita zahrnuje takt, kontakt a dotyk. Celý život trvá, než se člověk těmito dovednostem naučí; vyžaduje to jak trpělivost, tak i zručnost. (Erikson 1999)

„Plody uvedených sedmi stadií mohou postupně dozrát pouze v člověku, který se jistým způsobem staral o věci a lidi a který se přizpůsobil triumfům i zklamáním bytí, tedy pouze v tom, kdo byl původcem věcí, bytostí a myšlenek. Nemám pro to lepší výraz než integrita ega. Vzhledem k nedostatku jasných definic poukáží na několik základních prvků tohoto stavu mysli. Je to akumulovaná ujištěnost ega ve směřování k řádu a smyslu. Je to postnarcistní láska lidského ega jako zkušenost, která nám dává naleznout určitý řád světa a ducha, jakkoliv dříve je třeba za to zaplatit. Je to přijímání jednoho a jediného životního cyklu člověka jako něčeho,

co muselo být a co nebylo možno nijak nahradit: představuje tedy novou, odlišnou lásku k vlastním rodičům... I když si je člověk s takovou integritou vědom relativity všech různých životních stylů, jež dávají lidskému snažení smysl, je připraven chránit důstojnost svého vlastního životního stylu proti všem fyzickým a ekonomickým hrozbám. Neboť ví, že individuální život je náhodný průsečík jediného životního cyklu s jediným úsekem historie; a že pro něj veškerá lidská integrita stojí a padá s oním jediným stylem integrity, na němž se podílí... Nedostatek či ztráta takové akumulované integrace se projevuje strachem ze smrti: ten jeden a jediný životní cyklus není přijímán jako konečný dar života. Zoufalství vyjadřuje pocit, že se čas již krátí, že je ho příliš málo k pokusu začít nový život a vyzkoušet alternativní cesty k integritě. Znechucení kryje zoufalství, často třeba jen ve formě 'tisíce drobných zklamání', která nevystačí na jednu velkou lítost... Lze ... parafrázovat vztah dospělé integrity a infantilní důvěry a říci, že zdravé děti, se nebudou bát života, pokud budou mít jejich rodiče dostatečnou integritu k tomu, aby se nebáli smrti." (Erikson 2002, s.243-245)

Motto:

„To, že naše léčebny pro duševně choré monstrózně rostou, není z důvodu, že by se zvyšoval absolutně přírůstek duševních chorob, příčinou je fakt, že nedovedeme snášet nenormální lidi, takže je zjevně mnohem více šílených lidí nyní než dříve.“
(Jung 1993, s.44-45)

2. OBLAST ZAMĚŘENÍ: PSYCHOTICKÉ ONEMOCNĚNÍ

2.1. ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

Podle stanov Světové zdravotnické organizace (WHO) lze za *psychiatrický případ* označit zjevnou poruchu duševní činnosti, která je natolik specifická ve svých klinických projevech, že ji lze spolehlivě rozpoznat jakožto jasně definovaný soubor znaků, a která je natolik závažná, že způsobí ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání. (Hoschl 1996)

Hospitalismus znamená sekundární újmy, které vznikají jako následek léčby. Dlouhodobý pobyt nemocného v lůžkovém zařízení vyvolává stav apatie, lhostejnosti, úpadku osobních návyků, rezignace a nezájmu o budoucnost. Hlavními faktory, které vznik tohoto stavu ovlivňují, jsou poruchy kontaktů s vnějším světem, dlouhodobá nucená nečinnost, direktivní opatření vyplývající z nemocničního režimu, ztráta přátel a ztráta perspektiv mimo zařízení. Dochází ke stále větší závislosti nemocného na nemocničním prostředí. Tomuto syndromu lze předcházet socioterapií. (Janík 1983)

Labellingem se rozumí stigmatizace duševně nemocného. Mívá formu sociální distance - opovrhování, izolace a podceňování člověka většinou společností v důsledku diagnózy. (tamtéž)

Iatropatogenie znamená pacientovo poškození v důsledku nevhodného jednání zdravotnického personálu v terapeutické situaci, např. tělesné poškození nevhodným lékem či zanedbání závažného příznaku. V užším smyslu jde o nepříznivé ovlivnění pacientova stavu nevhodným psychologickým přístupem odborníka, např. informace neúplné, nejednoznačné, nevhodně vybrané, případně zcela chybějící. (tamtéž)

2.2. PSYCHOTICKÉ ONEMOCNĚNÍ

2.2.1. Psychodynamické hledisko

Psychózu lze nahlédnout jako obecnou lidskou možnost, která může nastat. Je to stav, který postihuje lidi, kteří se „nemohou uvolnit ze životní situace a přitom se rozpadají, když se snaží původně odpoutat i být přitom, nenechat se ovládat a současně se podrobit, být současně přítomní i nepřítomní, v extrémním stažení do sebe.“ (Dorner, Plog 1999, s.45)

Psychózy se často poprvé objevují mezi patnáctým a dvacátým pátým rokem, což je zároveň období, kdy člověk zakouší odtržení, odpoutání a oddělení na všeobecné rovině. U psychózy je obrannou reakcí proces štěpení. (Dorner, Plog 1999)

Výstižně psychotické duševní onemocnění popisuje Luc Ciompi: „Na jedné straně geneticky-organicky-biochemické a na druhé straně psychogenní a sociogenní soubory faktorů vedou v proměnlivé kombinaci k vývoji zranitelných premorbidních osobností, které mají sklon nadprůměrně silně reagovat na zatížení napětím, úzkostí, zmateností, poruchami myšlení, derealizačními a depersonalizačními prožitky až k bludům a halucinacím. Po akutní psychotické fázi (jedné nebo několika) je další vývoj určován ve vzájemném působení s výchozími charakteristikami osobnosti pravděpodobně převážně psychosociálními faktory, odkud plyne též enormní rozmanitost průběhů od úplného uzdravení, přes různé výrazné reziduální stavy, až po těžkou chronifikaci.“ (cit in Dorner, Plog 1999, s.47)

Neexistuje žádný výraz nebo postoj, který lze označit za typicky psychotický. Jsou však známy určité znaky, které by měly být pozorovány, pokud se člověk nachází v akutní fázi psychózy. (Dorner, Plog 1999)

Prvním rysem je rozplynutí hranic mezi vlastní osobností a okolím. Takový člověk může být extrémně zranitelný i zraňující, působí dojmem jako by žádné hranice neměl, ale přitom je ostře vnímá. Často si není jistý, kým vlastně je, může mít pocit, že mu myšlenky a pocity někdo bere. Může zakoušet, jako by byl bezmezně vydán moci někoho jiného či nadpřirozených sil. Jedinec nevnímá sám sebe jako osobu, dochází k rozpadu identity a k narušení sociálních vztahů. (tamtéž)

Dalším rysem jsou poruchy vnímání. Psychotik často vidí souvislosti tam, kde pro ostatní nejsou. Může považovat za součást své osoby něco, co k němu objektivně nepatří. Dělá mu potíže rozlišit podstatné od nepodstatného. Určité aspekty se stávají tak subjektivně významné, že se stávají centry strukturace vnímání. Člověk se může cítit ohrožen či pozorován živými i neživými objekty okolního světa. Někdy bývá vše vnímáno jako odcizené, změněné, zkreslené, přízračné a schematické. Psychotik může nabýt dojmu, že i jeho tělo je mu cizí a vnímat sám sebe odlišně než dříve. V psychiatrické terminologii se hovoří o vjemových halucinacích. (tamtéž)

Vyskytují se zpravidla i poruchy myšlení. I zde se ztrácí schopnost odlišovat podstatné od nepodstatného. Psychotické myšlení je pro ostatní nesouvislé, nelogické, často se objevují myšlenkové zárazy (myšlenka zmizí), myšlenky se rozpadají či jsou přeskakovány (tzv. inkoherece). Typická je myšlenková ambivalence, kdy se člověk nedokáže rozhodnout, kterou myšlenku vyslovit dříve. Řeč zní často šroubovaně a složitě. Psychotik někdy zavádí i novotvary (neologismy). Vedle formálních poruch myšlení bývají nápadné poruchy obsahu, tzv. bludné představy. Obsahy bludných představ jsou kulturně a individuálně podmíněny. Mají funkci obrannou a regulační, pomocí bludných představ si psychotik udržuje identitu a kontakt s okolním světem. Bludná

přesvědčení jsou rozumově nevyvratitelná a pokud by došlo ke zpochybnění bludu, vzniká velmi intenzivní úzkost. Velmi časté formy bludu jsou blud pronásledování, ovlivňování a vztahovačnosti. (Dorner, Plog 1999)

Poslední oblastí, která bývá v psychotickém stavu rovněž narušena, jsou emoce. Znamé je citové oploštění, citové prožívání je ochuzeno kvantitativně i kvalitativně. Může se stát, že emoční výraz v mimice a gestech neodpovídá obsahu mluvy nebo kontextu situace. Člověk může být zaplaven afektem, city bývají silně ambivalentní. Psychotik se v akutní fázi nedokáže vztahovat k druhým lidem. (tamtéž)

V situaci, kdy se psychotik cítí subjektivně ohrožen, převáží napětí, vzrušení a úzkost a jeho jednání se stává naprosto nepředvídatelné. (tamtéž)

Carl G. Jung, zakladatel analytické psychologie, ve své teorii osobnosti vyšel ze svých zkušeností klinické práce s psychotickými pacienty. Psychózu popsal jako stav, v kterém se uvolňují z vědomé kontroly komplexy a stávají se viditelnými a slyšitelnými. Mívají podobu vizí, mluví hlasy, které mohou znít jako hlasy určitých lidí. Komplexy jsou jakési částečné nebo fragmentární osobnosti.¹ U psychotika se setkáváme jen s fragmenty osobnosti, nikdy to není celek. Jeho osobnost je úplně roztržštěná, nelze citit kontinuitu osobnosti. Můžeme jednat jen s jedním fragmentem, je to jako střepina skla. Při psychóze dochází k hluboké disociaci osobnosti, kdy se fragmenty nemohou spojit dohromady. (Jung 1993)

Jungovými slovy: „Mít komplexy je samo o sobě normální; jestliže jsou však komplexy inkompatibilní, pak ta část osobnosti, která je příliš protikladná vůči vědomé části, se odštěpí. Jestliže odštěpení zasáhne organickou strukturu, disociace je psychózou - schizofrenním stavem, jak naznačuje výraz. Každý komplex pak žije svou vlastní existencí a není již osobností, která je spojuje dohromady.“ (Jung 1993, s.176)

2.2.2. Deskriptivně psychiatrické hledisko

2.2.2.1. Obecná kritéria psychózy

Dle psychiatrické terminologie se psychózou rozumí závažné duševní onemocnění, jehož základním rysem je ztráta kontaktu s realitou. Kontakt s realitou se ztrácí za stavu plné bdělosti a dochází ke kvalitativním poruchám vědomí (např. amence), vnímání (např. iluze, halucinace) a myšlení (např. bludy). Také se vyskytují poruchy emotivity (např. oploštělý afekt, inkongruentní emotivita, ambivalence). Výskyt kvalitativních poruch lze

¹ Tato personifikace komplexů však nemusí být bezpodmínečně patologickým jevem. Komplexy se běžně zjevují v personifikované formě ve snech a člověk se může natolik vycvičit, aby je slyšel i v bdělem stavu (to je součástí určitého jógového cvičení).

považovat za diskriminující mezi psychózou a nepsychózou. (Hoschl 1996)

Americký manuál DSM-IV pojem „psychotický“ zachycuje v různých definicích (od nejužší do nejširší):

1. Vyskytují se bludy a zřetelné halucinace 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, hrubě dezorganizované nebo katatonní 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. (Smolík 1996)

Psychotické onemocnění je v 10. Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) zahrnuto pod označení F20-F29 (Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy). Podrobněji budou dále popsány diagnostické kategorie, které se objevily v souboru respondentů praktické části této studie.

2.2.2.2. Schizofrenie (F20)

Termín schizofrenie zavedl v roce 1911 Eugen Bleuler a nahradil jím původní název dementia praecox. Toto duševní onemocnění fascinuje² lékaře a filozofy již tisíce let. (Smolík 1996)

Schizofrenie se vyznačuje základním narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu času se může vyvinout kognitivní deficit. Narušení postihuje většinu základních funkcí, které poskytují člověku pocit osobitosti a sebekontroly. Průběh schizofrenie může být kontinuální nebo epizodický, nebo je charakterizován jednou nebo více epizodami s úplnými remisemi. Rozlišuje se paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovaná schizofrenie, dále postschizofrenní deprese, reziduální a simplexní schizofrenie. (tamtéž)

Odhady prevalence jsou od 0,2% do 2%, celoživotní prevalence je přibližně 0,5-1%. Poměr pohlaví ženy/muži je 1:1. (tamtéž)

Navzdory intenzivnímu výzkumu nebyl dosud objeven žádný jednotný kauzální faktor schizofrenních syndromů, a převažuje názor o multifaktoriální etiologii schizofrenie. Nejčastěji se uvažuje o modelu, který předpokládá, že jedinec, u něhož došlo k rozvoji schizofrenie, je specificky biologicky vulnerabilní.

² Fragment z Ajurvedy, starý 3400 let, popisuje stav, který je způsoben ďáblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním se do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu.

Byly prokázány narušené spoje mezi různými oblastmi mozku, vznikající pravděpodobně při vývoji nervového systému. Porucha by mohla být potom vyvolána expozicí zátěži. Tato zátěž může být biologická, genetická, psychosociální nebo způsobená zevním prostředím. (Smolík 1996)

Věk začátku onemocnění je nejčastější mezi pozdní adolescencí a polovinou třetího decénia. Epizodu obvykle předcházejí prodromální příznaky, nejčastěji úzkost, pocity zmatku a nejistoty z měnícího se spektra vjemů, pocity izolace, strachu nebo deprese. Prodromální příznaky vznikají plíživě nebo náhle. U predisponovaných jedinců mohou epizody začít po vyvolávající události, např. po emočním traumatu, požití drogy, v izolaci. V klasických případech dochází v průběhu schizofrenie k postupnému úpadku osobnosti a akutní exacerbace nasedají na chronický obraz. Snižená odolnost vůči stresu je trvalá. V průběhu onemocnění se obvykle snižuje mohutnost floridních pozitivních psychotických příznaků (zejména halucinace, bizarní bludy) a zvyšuje se množství a nápadnost reziduálních negativních příznaků (např. emoční oploštělost, špatné dodržování osobní hygieny, různé zvláštnosti chování). V průběhu reziduální fáze dochází často k rozvoji postpsychotické deprese. K relapsům v období dvou let dochází přibližně u 40% pacientů při farmakologické léčbě a asi u 80% pacientů bez léčby. 50% pacientů se pokouší o sebevraždu, z toho asi 10% úspěšně. Množství násilných činů není vyšší než v běžné populaci. Častější jsou náhlá úmrtí, interní onemocnění, kratší je celková délka života. Z hlediska všeobecně prognostického bývá citováno hrubé orientační pravidlo: třetina pacientů vede běžný způsob života, třetina trpí neustále určitými příznaky onemocnění, ale je schopna žít v normální společnosti, třetina je trvale zřetelně postižena a vyžaduje častou hospitalizaci. Z těchto pacientů asi 10% potřebuje trvalou institucionální péči. (tamtéž)

Současný způsob léčby obsahuje kombinaci biologických, psychologických a sociálních metod. V psychofarmakologické léčbě znamenal průlom v možnostech léčby schizofrenie objev neuroleptik. Byla dokázána schopnost těchto farmak snižovat intenzitu i množství akutních psychotických příznaků. V průběhu čtyřiceti let jejich užívání byly však ozřejmeny i limity jejich použití. Především ne všichni pacienti se schizofrenií odpovídají na léčbu neuroleptiky (přibližně 30% pacientů v akutní psychotické fázi neodpovídá vůbec nebo odpovídá jen slabě na standardní způsob neuroleptické léčby). Neuroleptika navíc nejsou schopna pokrýt terapeuticky celou šíři schizofrenní patologie. Zatímco účinnost vůči pozitivním příznakům je vysoká, působí jen velmi slabě nebo nepůsobí vůbec na okruh negativních příznaků. Nedokáží zabránit úpadku v oblasti sociálních a pracovních funkcí, a to ani v případě, kdy úspěšně ovlivní pozitivní symptomatiku. V neposlední řadě jsou neuroleptika původcem celé řady nežádoucích účinků, které často nejsou tolerovány pacientem ani jeho okolím, a mohou být příčinou odmítání biologické léčby. Příležitostně se užívá při léčbě schizofrenie také elektrokonvulzivní terapie, většinou při rozvoji depresivní nebo katatonní symptomatiky. (tamtéž)

Při léčbě schizofrenie má nezastupitelnou úlohu psychosociální terapie, zejména rodinná terapie a trénink sociálních návyků. Na prvním místě musí být při zahájení léčby zvážen způsob přístupu k pacientovi, zajištěna jeho bezpečnost a získání jeho důvěry. Nezřídka je zapotřebí v akutním stadiu intenzivní péče s dvacetičtyřhodinovým sledováním a někdy i omezením nemocného. Od samého počátku kontaktu s pacientem je třeba dbát na zachování dobrého vztahu terapeut-pacient. I při floridní psychotické symptomatice a zdánlivě zcela ztraceném smyslu pro realitu vnímá pacient vždy velmi citlivě vztah okolí vůči sobě. Restriktivní opatření zpětně nehodnotí negativně, byla-li skutečně nezbytná a prováděna profesionálně, humánně a s taktem. Pacienta je třeba citlivě dovést k akceptování terapeutické komunity, v níž se ocitl a do níž by se měl po odeznění akutního stadia poruchy zapojit. Termín podpurná psychoterapie neznamena pouze podporu vnější, tedy ochranu, péči, ocenění při zlepšování apod. Znamená též podporu základní osobnostní struktury. Cílem léčby není změnit či restrukturovat již tak oslabené a vulnerabilní ego. Zpočátku je zapotřebí především řešit okamžité, aktuální denní problémy a pomáhat rozvíjet sociální dovednosti. (Smolík 1996)

Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovanou schizofrenii (F20.0-F20.3):

G1. Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc (nebo někdy po většinu dnů).

(1) Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

(a) ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;

(b) bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity; bludné vnímání;

(c) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;

(d) neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (např. schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa);

(2) nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:

(a) neustálé halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně jednoho měsíce a jsou spojeny s bludy (buď s občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasného motivního obsahu, nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením;

(b) neologismy, přerušování nebo zákazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherece nebo zmatený slovní projev;

(c) katatonní chování, jako jsou vzrušení, nástavy nebo vosková ohebnost, mutismus a stupor;

(d) „negativní“ symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby).

G2. Nejčastěji užívané vylučovací podmínky:

(1) Jestliže pacient splňuje také kritéria pro manickou epizodu (F30.-) nebo depresivní epizodu (F32.-), musí být splněna kritéria G1 a G2 ještě před tím, než dojde k narušení nálady.

(2) Porucha není důsledkem organické mozkové poruchy (ve smyslu F00-F09) nebo intoxikace alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou (Flx.0), závislostí (Flx.2) nebo odnětím látky (Flx.3 nebo Flx.4).

Paranoidní schizofrenie (F20.0)

Jedná se o schizofrenní poruchu, při níž dominují relativně stálé paranoidní bludy obvykle doprovázené halucinacemi, zvláště sluchovými, a dalšími poruchami vnímání. Narušení emotivity, vůle, řeči a katatonní příznaky buď chybějí, nebo jsou relativně nenápadné. (Smolík 1996)

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F20.0:

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii (F20).
- B. Musí převládat bludy nebo halucinace (jako jsou bludy pronásledování, vztahovačné, o vznešeném rodu, zvláštní posláni, tělesných změnách, žárlivecké, hlasy varující nebo příkazující, halucinace čichové nebo chuťové, sexuální nebo jiné tělesné pocity).
- C. Rychle se měnící nebo nepřiměřená emotivita, katatonní příznaky nebo inkohorentní řeč mohou být v klinickém obraze v mírném stupni přítomny, ale nesmějí dominovat.

2.2.2.3. Trvalé duševní poruchy s bludy (F22)

Jedná se o poruchy, u kterých jedinou nebo nejnápadnější charakteristikou jsou dlouhodobé bludy a které nemohou být klasifikovány jako organické, schizofrenní nebo afektivní. V historii psychiatrie se pro tuto poruchu používaly názvy paranoia, paranoidní psychóza. (Smolík 1996)

Tyto poruchy představují přibližně 1 až 4% všech příjmů k psychiatrické hospitalizaci, incidence poruchy se odhaduje na 1 až 3 na 100 000 obyvatel ročně, prevalence na 0,02 až 0,03%. Onemocnění začíná typicky ve středním nebo starším věku, u žen se porucha vyskytuje častěji. (tamtéž)

Obsah bludu a doba jeho počátku mohou být často spojeny s životní situací pacienta. Porucha je typická nenápadným začátkem bludných myšlenek, které se postupně dostanou do centra pacientova života. Bludné představy jsou vnitřně logicky konzistentní. Odhlédneme-li od jednání a postojů majících přímý vztah k bludům, zůstávají afektivita, řeč i chování normální. Často bývá obtížné posoudit, kde končí skutečný, reálný problém pacienta a kde začínají jeho bludné fantazie. Prognóza poruch s bludy bývá špatná. Pacienti se jenom velmi zřídka zcela zbaví svých bludných představ, a je velmi obtížné je motivovat k léčbě. Za uspokojivé vyústění lze považovat stav, kdy se mohou pacienti účastnit

společenského života bez nezbytné potřeby ventilovat svoje abnormální myšlenky. (Smolík 1996)

Při léčbě bývá indikován alespoň pokus o léčbu neuroleptiky. Pacienti se obávají každé situace, kterou nemají zcela pod kontrolou. K užívání léku se odhodlají jen v případě, že plně důvěřují kompetenci lékaře, jeho úsudku a motivaci. Skutečné zlepšení stavu závisí obvykle na dlouhodobé kombinaci farmakoterapie a vhodného přístupu k pacientovi s nárůstem vzájemné důvěry. (tamtéž)

Porucha s bludy (F22.0)

Bludová porucha se vyznačuje rozvojem buď jediného bludu, nebo několika vzájemně propojených bludů s velmi rozmanitým obsahem, které jsou obvykle setrvalé a někdy celoživotní. (tamtéž)

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F22.0:

- A. Musí být přítomny blud nebo skupina příbuzných bludů, jiných než jaké jsou uváděny typicky při schizofrenii v kritériu G1(1)b nebo d pro F20.0-F20.3 (tj. jiné než úplně bizarní nebo v dané kultuře nepřijatelné). Nejběžnějšími příklady jsou perzekuční, velikášské, hypochondrické, žárlivecké nebo erotomanické bludy.
- B. Blud(y) kritéria A musí být přítomen/ny nejméně tři měsíce.
- C. Nejsou splněna obecná kritéria pro schizofrenii (F20-F20.3).
- D. Nesmí být trvalé halucinace jakéhokoliv typu (ale mohou být přechodné nebo příležitostné sluchové halucinace, které nejsou ve třetí osobě nebo nekomentují chování).
- E. Občas mohou být přítomny i depresivní příznaky (nebo dokonce plně rozvinutá depresivní epizoda (F32)) za předpokladu, že bludy trvají i v době, kdy se neprojevuje žádná porucha nálady.
- F. Nejčastěji užívané vylučovací podmínky. Musí chybět průkaz primární nebo sekundární organické duševní poruchy (F00-F09) nebo psychotické poruchy způsobené požitím psychoaktivní látky (Flx.5).

2.2.2.4. Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23)

Jde o akutní psychotické poruchy, při nichž zřetelné halucinace, bludy nebo poruchy vnímání jsou značně měnlivé ze dne na den nebo z hodiny na hodinu. Tyto poruchy trvají krátce a mohou být spojeny s akutním stresem. (Smolík 1996)

Tento okruh poruch se vyskytuje v adolescenci nebo časném věku dospělosti. Prognóza poruch bývá relativně dobrá. Jedinci, u kterých se porucha projevila, mívají menší toleranci k psychické zátěži. Nová epizoda je často provokována stresem, může se ale plně rozvinout i bez předchozí zátěže. Zvýšené je riziko suicidia, predispozičním faktorem ke vzniku poruchy bývají poruchy osobnosti. U žen se porucha vyskytuje častěji. (tamtéž)

Obvykle bývá nutná hospitalizace. Příznaky zpravidla odeznívají rychle, proto někdy není nutná léčba neuroleptiky. Medikamentózní léčba spočívá obvykle v aplikaci neuroleptik, případně v kombinaci s benzodiazepiny a karbamazepinem. Úspěšná někdy bývá také elektrokonvulzivní terapie a lithium. Vždy je nezbytná psychoterapie, zejména v případě, že k rozvoji poruchy

došlo po těžkém stresu. U pacientů je třeba dlouhodobě zvyšovat adaptační schopnost vůči zátěžovým situacím. (Smolík 1996)

Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F23:

G1. Akutní začátek bludů, halucinací, nesrozumitelné nebo nesouvislé řeči nebo jakékoli jejich kombinace. Období mezi výskytem prvních psychotických příznaků a plným rozvojem poruchy by nemělo přesahovat dva týdny.

G2. Pokud jsou přítomny stavy popletenosti, nesprávného rozpoznávání nebo zhoršení pozornosti a koncentrace, nesplňují kritéria pro organicky podmíněné zastření vědomí, jak je specifikováno v F05.-, kritériu A.

G3. Porucha nesplňuje příznaková kritéria pro manickou epizodu (F30.-), depresivní epizodu (F32.-) nebo rekurentní depresivní epizodu.

G4. Není dostatek důkazů o současném užívání psychoaktivních látek, aby byla splněna kritéria pro intoxikaci (Flx.0), škodlivé užívání (Flx.1), závislost (Flx.2) nebo odvykací stavy (Flx.3 a Flx.4). Trvalé, mírné a podstatně se neměnicí užívání alkoholu nebo látek v množství nebo frekvenci, na které je jedinec zvyklý, nevylučují nezbytně použití diagnózy F23.

G5. Nejčastěji užívaná vylučující podmínka. Nesmí být přítomny žádné organické duševní poruchy (F00-F09) nebo závažné metabolické poruchy, které postihují centrální nervový systém (nezahrnuje porod).

Akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie (F23.1)

Tato porucha splňuje kritéria pro akutní polymorfni psychotickou poruchu a jsou u ní navíc přítomny typické schizofrenní příznaky.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F23.1:

- A. Musí být splněna kritéria A, B, C a D pro akutní polymorfni psychotickou poruchu (F23).
- B. Některé z příznaků schizofrenie (F20.0-F20.3) musí být přítomny po většinu doby od počátku poruchy, ale nemusí být splněna všechna kritéria. Stačí alespoň jeden z příznaků podle obecných kritérií pro schizofrenii G1(1)a až G1(2)c.
- C. Příznaky schizofrenie podle výše uvedeného kritéria B netrvají déle než jeden měsíc.

2.2.2.5. Schizoafektivní poruchy (F25)

Jedná se o epizodické poruchy, u nichž jsou v popředí jak afektivní, tak schizofrenní příznaky. Podle převládajících rysů afektivní složky je možné rozlišovat manický, depresivní a smíšený typ. (Smolík 1996)

Prevalence onemocnění se odhaduje kolem 1%, vyskytuje se pravděpodobně stejně často u žen i u mužů. Dlouhodobé katamnestické studie ukazují, že věk začátku onemocnění a stupeň úzdravy se nacházejí na pomezí mezi typickými údaji pro pacienty

s poruchami nálady³ a pacienty se schizofrenií. U pacientů trpících v období remise (týdny nebo měsíce) psychotickými symptomy se průběh onemocnění více podobá průběhu schizofrenie, pacienti bez chronických psychotických příznaků vykazují průběh podobnější poruchám nálady. Při léčbě se uplatňuje zejména biologický přístup. Užívá se lithium, neuroleptika, benzodiazepiny, karbamazepin. (Smolík 1996)

Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F25:

Poznámka. Tato diagnóza spočívá v přibližné „rovnováze“ mezi počtem, závažností a trváním schizofrenních a afektivních příznaků.

G1. Porucha splňuje kritéria pro jednu z afektivních poruch (F30.-, F31.-, F32.-) středního nebo těžkého stupně, jak jsou specifikovány pro každou kategorii.

G2. Po většinu doby v průběhu nejméně dvou týdnů se musí vyskytovat příznaky nejméně z jedné níže uvedené skupiny (jedná se o skupiny téměř stejné jako u schizofrenie (G1a-d, G1b-c pro F20.0-F20.3)):

- (1) ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
- (2) bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládnutí, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání;
- (3) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;
- (4) neustálé bludy jiných typů, které nemohou být kulturně podmíněné a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (např. schopnost ovlivňovat počasí nebo být ve spojení s mimozemšťany);
- (5) značně nepřiměřená a nesouvislá řeč nebo časté užívání neologismů;
- (6) intermitentní, ale časté projevy některých forem katatonie, jako je pózování (nástavy), vosková ohebnost a negativismus.

G3. Kritéria G1 a G2 musí být splněna v průběhu stejné epizody poruchy, a alespoň po určitou dobu trvání epizody musí být souběžná. Příznaky kritérií G1 i G2 musí být v klinickém obraze zřetelně vyjádřeny.

G4. Nejčastěji užívaná vylučovací podmínka. Poruchu nelze přičíst organické duševní poruše (ve smyslu F00-F09 nebo intoxikaci psychoaktivní látkou, závislosti na ní nebo jejímu odnětí (F10-F19)).

2.2.2.6. Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky (F32.3)

Ačkoliv tato diagnostická kategorie není zahrnuta ve standardním okruhu psychóz dle MKN-10 (F20-F29), uvádím ji

³ Průměrným věkem pro nástup první epizody poruch nálady bývá začátek třetího decénia, ale může se dostavit již v adolescenci nebo až v šestém decéniu.

z důvodu, že se také může vyznačovat nápadnými psychotickými symptomy.⁴

Depresivní epizoda je chorobný stav projevující se depresivními rysy. Minimální délka epizody je dva týdny. Rozlišuje se lehká, střední a těžká depresivní epizoda. (Smolík 1996)

Depresivní epizoda se může vyskytnout v kterémkoli věku, ale nejčastěji začíná kolem čtyřiceti let. U léčených pacientů dochází k úplné remisi asi v 50%. Pro léčbu je vhodná kombinace farmakologické léčby a psychoterapie. (tamtéž)

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F32.3:

- A. Musí být splněna hlavní kritéria pro depresivní epizodu (F32).
 - B. Musí být splněna kritéria pro těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků (F32.2), s výjimkou kritéria D.
 - C. Nejsou splněna kritéria pro schizofrenii (F20.0-F20.3) nebo schizoafektivní poruchu, depresivní typ (F25.1)
 - D. Musí být přítomen kterýkoli z následujících okruhů:
 - (1) bludy nebo halucinace, jiné než uváděné jako typicky schizofrenní v rámci kritéria G1(1)b, c a d pro F20.0-F20.3 (tzn. bludy jiné než úplně absurdní nebo kulturně nepatřičné a nikoliv halucinace, které jsou ve třetí osobě nebo které neustále komentují); nejčastěji mají depresivní, sebeobviňující, hypochondrický, nihilistický, paranoidní nebo perzekuční obsah.
 - (2) Depresivní stupor.
- Páté kódovací číslo může být použito k určení, zda psychotické příznaky odpovídají nebo neodpovídají náladě:
- F32.30 S psychotickými příznaky odpovídajícími náladě, tj. bludy provinění, méněcennosti, tělesného onemocnění nebo hrozícího neštěstí, výsměšných nebo odsuzujících sluchových halucinací.
- F32.31 S psychotickými příznaky neodpovídajícími náladě, tj. perzekuční nebo paranoidní bludy a halucinace s obsahem neodpovídajícím náladě.

2.3. PORUCHA SOCIÁLNÍ INTERAKCE PŘI PSYCHOTICKÉM ONEMOCNĚNÍ

2.3.1. Kvalita percepce a komunikace

U psychotického jedince je celková zkušenost rozštěpena dvěma hlavními způsoby: jednak je narušeno jeho spojení se světem a jednak je narušen jeho vztah se sebou samým. Takový jedinec není schopen autenticky sdílet život s druhými, zakouší se v zoufalé osamělosti a izolaci. Navíc se nevnímá jako celistvá bytost, ale spíše jako osoba rozštěpená různými způsoby. (Laing 2000)

Navázat kontakt s člověkem, který trpí psychotickým onemocněním, vyžaduje trpělivost, vcítění a toleranci. U nemocného bývá typický pokus nekomunikovat - i to je však komunikace. Sdělení mívá mnoho vzájemně neslučitelných významů. (Syřišťová 1989)

⁴ Diagnóza těžké depresivní poruchy s psychotickými příznaky v jednom případě naplnila kritéria pro výběr respondentů v praktické části studie.

Eva Syřišťová (1989) popisuje u psychotika tzv. zenonský syndrom. Jedná se o hypertrofovanou tendenci k překračování všech hranic a zároveň nemožnost pohnout se z místa. Psychotik není schopen stanovit mez v procesu myšlení, rozhodování a jednání, nemůže volit určitou alternativu nebo učinit závěr. Pohybuje se v oblasti vícehodnotových logik, je tu minimalizována možnost vytvoření kompaktnějších významových struktur pro nekonečné množství náhodných variací.

Psychotické myšlení pojímá všechny relace jako by byly symetrické, je tu ztráta intencionálního, výběrového charakteru myšlení a jednání. V diskusi s psychotikem se naráží na základní lidské otázky, v jeho životě jakoby scházela struktura, míra, kauzalita většinou nemá význam. (tamtéž)

Psychotická depersonalizace se vyznačuje polaritou mezi úplnou izolací od vnějšího světa a zároveň bezbranným vydáním se napospas vnějším podnětům. Za depersonalizací bývá skryto neobyčejně křehké Já, ohrožené rozpadem, bez vlastní autonomie a pevnějších kontur. Psychotické odcizení umožňuje někdy extrapolovat subjektivní katastrofické prožitky mimo osobnost, takže se stávají zcela neosobní. (tamtéž)

Zmatená komunikace nemusí být ovšem primárně projevem duševní nemoci, ale může být také jednou z možných reakcí na nesmyslný a neudržitelný komunikační kontext, dlouhodobé vystavení paradoxům, diskontinuitě a konfuzím v sociální interakci, které následně ženou člověka do patologie. Sociální prostředí, které je objektivně plné neřešitelných rozporů, konfuzního vyjadřování a chování, vyvolává nebo spoluutváří a upevňuje dezintegrované, diskontinuitní a paradoxní reakce psychotika. (tamtéž)

Syřišťová popisuje typické varianty interakce při schizofrenii. Při simplexní schizofrenii jedinec nekomunikuje, snaží se neexistovat, osciluje mezi tendencí uzavřít se v autistickém mikrokosmu a mezi úplným vydáním se všanc vnějším vlivům. Má silnou potřebu lidské klíčové vazby. Při hebefrenní schizofrenii se jedinec libovolně rozhoduje bez výběru pro cokoli, sleduje jaksi automaticky a strojově zdánlivě povrchové aspekty lidských vztahů, volí náhodně - vše je na stejné úrovni, zaměnitelné. Je to situace klauna, který karnevalizuje život a svět s jakousi spontánní přirozenou nepřirozeností, je tu moment tragiky, pokus nadlehčit to, co je pro člověka neúnosné, s nikým nekomunikuje, nikoho neoslovuje. Při paranoidní schizofrenii člověk hledá bludné pseudostruktury v nepřehledném ohrožujícím chaosu prožitků a sociálních interakcí, nahrazuje realitu paranoidně psychotickými konstrukcemi, nemůže odlišit podstatné od nepodstatného. Tvoří si nové významy a vztahy, potřebuje nalézt nějaké nové opěrné body, nějaký řád. (tamtéž)

Setkání s psychotikem znamená setkání s velmi citlivou a zranitelnou osobností. Potvrzení a přijetí lidského jedince druhým lze považovat za nejdůležitější předpoklad jeho psychické stability, integrity a vývoje. Nejzhoršující způsob sociální komunikace je ten, při kterém dochází ke znehodnocení partnerova sebepojetí a ignorování jeho potřeb. Takový jedinec bývá totálně mystifikován a cítí se odcizen sám sobě. (tamtéž)

2.3.2. Teorie rodinné interakce

Frieda Fromm-Reichmannová v roce 1948 popisovala „schizofrenogenní“ matku⁵ spíše jako agresivní, dominující a odmítavou. (in Syřišťová 1989)

Po roce 1955 vznikala řada sociálně psychiatrických hypotéz, které uváděly způsob interakce uvnitř rodiny dítěte do souvislosti se vznikem nebo průběhem schizofrenie v období dospívání nebo časně dospělosti. Tyto teorie lze rozdělit do pěti skupin. (Syřišťová 1989)

Teorie dyadické interakce. Tento přístup rozpracovala skupina pracovníků seskupených kolem katedry sociologie a antropologie Stanford University v Palo Alto v Kalifornii (G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haley a další). Předpokládalo se, že zvláštnosti schizofrenního myšlení a jednání jsou nevyhnutelným důsledkem inkongruentních způsobů komunikace, jimž je pacient ve své rodině trvale vystavován a jimž nemůže uniknout. Byl zaveden termín „double bind“ (dvojná vazba). Bateson rozlišoval primární (obsahovou) komunikaci a meta-komunikaci (vztahovou). Při dvojně vazbě dochází k tomu, že primární komunikace a meta-komunikace jsou v rozporu. Není tu však možnost poukázat na paradoxnost situace, vytváří se zvláštní rámec očekávání neodpovídající běžné logice. Dítě na rozporuplnou komunikaci může reagovat schizofrenním způsobem. Při hebefrenním typu chování sdělení chápe jako bezvýznamná nebo směšná. Při paranoidním postoji taková sdělení pro něho mají skrytý význam ohrožení. U katatonního způsobu reakce potlačí celý svůj zájem o vnější svět a veškerá sdělení ignoruje. Ve všech zmíněných případech jde o prostředky, jimiž se jedinec brání neřešitelné situaci tím, že se chová, jako by ztratil schopnost rozlišit pravý význam ve sděleních, která mu adresují druzí lidé. Východiskem pro něho je nerozumět tomu, co je doopravdy míněno, jako by ani nebyl tím, kým skutečně je, a na místě, kde je. (tamtéž)

Teorie triadické komunikace. Th. Lidz vycházel z psychoanalýzy a podstatu schizogeneze vyložil setřením generační a pohlavní struktury rodiny. Dle této hypotézy se rodiče psychotika často chovají ve vzájemných partnerských vztazích i ve vztazích k dítěti nepřiměřeně vzhledem ke svému věku a pohlaví. Dítě si tak osvojuje nepřiměřené způsoby chování a není s to dosáhnout přiměřeného vývoje vlastní totožnosti. Dítě může cítit, že se od něho očekává, aby sloužilo potřebě lásky jednoho nebo obou rodičů náhradou za jejich neuspokojení v manželství a to následně tvoří překážku ve vývoji jeho totožnosti jako nezávislé osoby. Rodič stejného pohlaví mající sloužit dítěti jako identifikační vzor často není ceněn druhým rodičem a nemůže se proto stát modelem v dosažení nezávislosti a sebeúcty. Byly vymezeny dva typy patogenního rodinného prostředí: otevřený manželský rozkol (marital schism) a pokřivení manželských vztahů (marital skew). V druhém případě rodina předstírá navenek

⁵ Schizofrenogenní matka je taková, která svým vztahováním se k dítěti a vlastní osobní strukturou ohrožuje vývoj dítěte ke schizofrennímu onemocněním.

harmonii, ale struktura vztahů bývá nepřiměřená. Rodiče jsou často dítěti vzhledem k citovým potřebám nedostupní, ale současně se mu vnucují. (Syřišťová 1989)

Teorie celorodinné komunikace. L.C. Wynne vycházel z pojetí rodiny jako celku s vnitřní diferenciací rolí. Dle této hypotézy je struktura rodiny založena na principu komplementarity. To znamená, že v rodině všichni jednají tak, aby uspokojili potřeby své i potřeby ostatních. Základní potřebou je tedy potřeba vztahu k druhému člověku a potřeba vlastní nezávislé identity. Schizogenní rodina udržuje pseudomutualitu, falešnou vzájemnost. V takové rodině běží mechanismy, které brání jakékoliv odchylce od rigidní trvalosti, individualita bývá zamlžována, komunikace je nejasná. Procesem internalizace takové organizace rodiny dochází k fragmentaci zkušenosti dítěte a difúzi identity v období adolescence. Tento syndrom byl popsán termínem „gumový plot“. Schizofrenik povahou svého onemocnění na jedné straně přispívá k udržování takového rodinného prostředí, na straně druhé mu tak psychóza umožňuje aspoň určitou míru individualizace. (tamtéž)

Teorie integrace rodiny uvnitř a ve vztahu k okolnímu společenství. D.Reiss v roce 1967 navázal na poznatky L.C. Wynnea. Dle jeho hypotézy ve většině rodin jejich členové sdílejí zkušenosti mající v rodině i v mimorodinném prostředí a vnímají víceméně shodně vztah k vnějšímu prostředí jako vztah v rodině. Rozlišoval rodiny citlivé na okolní prostředí (normální rodiny), rodiny citlivé na distanci (produkující delikventní děti) a rodiny citlivé na souhlas (produkující schizofrenní děti). (tamtéž)

Teorie třígenerační. L. Hill v roce 1955 předpokládal, že k vývoji schizofrenie u určitého jedince je zapotřebí nejméně tři generací. M. Bowen měl teorii, že prarodiče schizofrenika bývají sice relativně zralí, ale jejich kombinovanou nezralost po nich získává jedno dítě, které má nejsilnější vazbu na matku. Když si toto dítě najde partnera se stejným stupněm zralosti jako má on sám a když se tento proces opakuje také ve třetí generaci, vede to u jednoho dítěte k vysokému stupni nezralosti⁶. Oba rodiče schizofrenika bývají stejně nezralí, ale jeden z nich tuto nezralost často popírá, zatímco druhý ji zdůrazňuje. Psychóza tak představuje rozřešení symbiotického vztahu k matce ve sledu tří generací a zhroucení mnohaleté vzájemně závislé triády matka-otec-pacient. (tamtéž)

2.3.3. Terapie a sociální práce

Ve skupinové i individuální psychoterapii psychotiků je třeba respektovat jednak zvláštní způsoby rozštěpené komunikace se světem, které jsou podstatně odlišné od komunikace normální a neurotické, jednak typologické zvláštnosti struktury osobnosti. (Syřišťová 1989)

Psychotická produkce, včetně novotvarů v sociální komunikaci, obsahuje i některé pozitivní potenciality, jichž je možno, a

⁶ Nezralosti se rozumí nedostatečná diferenciacie vlastního já.

dokonce i nutno v psychoterapeutickém procesu a v resocializaci nemocných vhodně využít. Patří sem zpochybnění všeho hotového, daného, přeskok do oblasti vícehodnotových logik a nekonečné, i když nezáměrné experimentování se vším známým a běžným. (Syřišťová 1989)

Psychotičtí pacienti mají většinou výraznou tendenci odmítat jakoukoli komunikaci s vnějším světem, nejsou schopni běžné konvenční přizpůsobivosti a nemají opěrné body v realitě. Reagují daleko citlivěji na podněty snové, blízké jejich fantazijním představám a symbolům, než na podněty reálné. Jsou resistantní vůči realitě, která je pro ně nesrozumitelná nebo ohrožující. (tamtéž)

Pro efektivní psychoterapii je zásadní nukleární vztah s terapeutem. Práce s psychotikem vyžaduje schopnost chápat velmi odlišné pojetí nebo zkušenost bytí někoho jiného. Nemocného je třeba akceptovat s jeho světem a naučit se v něm orientovat. Snažit se pacienta korigovat reálnými a konvenčními podněty bývá neúčinné. Terapeut musí na terapeutické situaci participovat, nemůže být jen nezúčastněný pozorovatel. Pacient musí mít pocit, že je pochopen a přijímán. Terapeut musí být schopen se orientovat v představivosti pacienta. Musí dokázat být v tomtéž okamžiku oddělen od pacienta a zároveň s ním ve vztahu. Je třeba se často pohybovat ve dvou rovinách - na úrovni normálního reagování a v rovině pacientova uvažování, prožívání a chování. (Laing 2000)

Aktivní role terapeuta je zásadní i při skupinové psychoterapii. Důležitá je pečlivá individuální příprava pacientů před zahájením práce ve skupině. Skupinovou psychoterapii psychotiků nelze provádět bez hluboké znalosti osobnosti typologie, situace a historie těch, kteří jsou do skupiny zařazeni. Tito pacienti, odmítající často zpočátku jakoukoli komunikaci, více než kdokoli jiný potřebují spolehlivou lidskou vazbu a jsou negativističtí vůči seskupování, dirigovanému pouze zvnějšku. Cílem skupinové psychoterapie je umožnit nemocnému obnovit a vytvářet smysluplné lidské vztahy. (Syřišťová 1989)

V terapeutickém procesu je nutno vyhnout se jak znehodnocení psychotické zkušenosti, tak její perpetuaci ve skupinové interakci, protože obojí vede k prohloubení psychózy a sociální izolace nemocného. Záměrná reprodukce minulých narušených forem interakce, které ostatně ve skupině různě dlouho přetrvávají, je nežádoucí. (tamtéž)

Zásadní akcent je nutno klást na novou, pozitivní zkušenost v mezilidských vztazích, jež tu dříve nebyla a jež může mít někdy bez nadsázky převratný význam pro zlepšení pacientova stavu. (tamtéž)

Ve skupině platí kontraindikace hloubkové analýzy traumatických situací nebo použití biografické metody zaměřené na ventilování osobních problémů před skupinou. Rovněž není vhodné neodborně vedené psychodrama ve smyslu předvádění různých neadekvátních vzorců schizofrenikova chování. V takových případech pacienti reagují negativismem, autismem, zvýšenou úzkostí i agresí. Závažné životní otázky je lepší verbalizovat v rovině obecné diskuse o vybraném tématu či problému, za které má možnost

se uzavřený psychotik skrýt a zároveň v jejich rámci řešit i své osobní složité situace. Přímá analýza potencuje pacientovu úzkost a vede k nevhodné retraumatizaci. Může mít za následek masivní introverzi a prohloubit dezintegraci osobnosti. (Syřišťová 1989)

Podají-li se získat důvěru, stává se často pacient na terapeutovi závislý, což je nebezpečné. Terapeut nesmí přijmout úlohu, která by udržovala pacienty v bezmocné závislosti a zbavovala je možnosti samostatného vývoje. Z toho důvodu je nutno utvářet pacienta nikoli k obrazu a spokojenosti nebo prestiži terapeuta, ale ve směru jeho autentického osamostatnění. (tamtéž)

Dovolím si připomenout slova R.D. Lainga (2000, s.34):
„Pacient ‘nedostal’ schizofrenii. Je schizofrenní. Schizofrenika musíme poznat, a přitom ho nezničit. On musí poznat, že je to možné. Terapeutova nenávist nebo láska je tudíž velmi závažná. Kým pro nás schizofrenik je, velmi podstatně ovlivňuje to, co jsme my pro něho, což velmi ovlivňuje jeho chování.“

Motto:

„Cílem komunitních služeb pro duševně nemocné a tedy i celé komunitní psychiatrie je poskytování komplexní zdravotně-sociální péče především v přirozeném prostředí klienta, tedy nikoli jen péče zaměřené na redukci symptomů.“ (Probstová a kol. 2006, s.5)

3. MOŽNOSTI VYMEZENÍ LIDSKÝCH POTŘEB

3.1. VYMEZENÍ LIDSKÝCH POTŘEB ZE SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÉHO HLEDISKA

Velký sociologický slovník (1996) definuje potřebu jako stav, kdy se organismu, jedinci nebo skupině něčeho nedostává, a to objektivně (strádá skutečným nedostatkem něčeho), nebo subjektivně (domnívá se, že se nedostává něčeho, na co má nárok).

Sociální psycholog Abraham H. Maslow v roce 1954 vytvořil klasifikaci lidských potřeb (in Velký sociologický slovník 1996). Potřeby uspořádal podle kritéria nezbytnosti uspokojení tak, že potřeba následující obvykle předpokládá saturaci potřeby předcházející. Maslow potřeby rozdělil následovně:

1. fyziologické nebo také homeostatické, tj. potřeby základní, související s narušením homeostáze (hlad, žízeň, sex atd.);
2. potřeby bezpečí, vystupující v situacích ztráty jistoty, ekonomického či existenčního selhání (jistota, stabilita, spolehlivost, osvobození od strachu apod);
3. potřeby sounáležitosti a lásky neboli afiliační potřeby, projevující se v potřebě náležet ke skupině, být milován, někam patřit;
4. potřeby uznání, projevující se v potřebě být obdivován, mít kompetenci a respekt, dosahovat úspěšného výkonu a vysoké prestiže a
5. potřeby seberealizace, projevující se ve snaze vyjádřit vlastní individualitu, své schopnosti, realizovat záměry (např. potřeby vědění, porozumění, estetické).

Někdy se potřeby klasifikují dichotomicky na materiální a duchovní (S.L. Rubinštejn), případně na biologické a sociální. V závislosti na tom, v jakém kontextu jsou potřeby zkoumány, je možné navrhnout další členění potřeb např. podle sféry činnosti (potřeby práce, poznání, sociálního styku, rekreace), podle objektu (materiální a duchovní, etické, estetické apod.), podle jejich funkce (dominantní a odvozené, centrální a periferní, primární a sekundární, stabilní a situační) či podle subjektu (individuální, skupinové, kolektivní, societární). (tamtéž)

3.2. VYMEZENÍ LIDSKÝCH POTŘEB ZE ZDRAVOTNÍHO HLEDISKA

Některé přístupy definovaly potřeby s ohledem na zdravotní péči. Brewin (in Probstová a kol. 2006) vnímal přítomnost potřeby tehdy, pokud životní úroveň člověka klesá nebo hrozí, že klesne, a když je zde potenciálně vyléčitelná příčina. Vymezil potřebu jako

objektivní nedostatek, který může být nahlížen ze tří různých hledisek. První je nedostatek zdraví nebo pohody, kde se potřeba váže k pacientovým symptomům, nedostatku dovedností a sociální nouzi a je definována jako nedostatečná úspěšnost v dosahování cílů souvisejících se zdravím a pohodou. Z druhého hlediska je potřeba definována jako nedostatečný přístup k adekvátní formě nebo úrovni institucionalizované péče, kterou vyžaduje zdravotní stav. Třetí pohled je popisován jako nedostatek specifických intervencí profesionálů, zahrnující léčbu i sociální podporu.

Bradshaw (in *Probstová a kol. 2006*) načrtl potřeby na různých úrovních: vnímanou neboli pacientem vyjádřenou potřebu, normativní potřebu zjištěnou profesionálem a srovnávací potřebu, která vznikne srovnáním s jinou skupinou osob. Zdůraznil tak, že potřeba je subjektivní pojem, a že přítomnost nebo nepřítomnost potřeby závisí na tom, či hledisko vezmeme v úvahu.

Stevens a Gabbay (in *tamtéž*) definovali potřebu obecně jako „schopnost mít nějaký užitek ze zdravotní péče“. Odlišili tak poptávku (to, co jedinec požaduje) a nabídku (to, co poskytují služby).

Pro duševně nemocné pacienty je užitečné rozšířit definici ze zdravotního hlediska i o sociální péči. Potřeby duševně nemocných jsou často uváděny jako ekvivalenty sociální nezpůsobilosti. Tito lidé potřebují psychiatrické služby dlouhodobě, a to zejména tehdy, když jsou jejich problémy spojeny s potížemi v sociálním fungování. Sociální faktory onemocnění u duševně nemocných se ukazují rozhodující pro průběh onemocnění. (*tamtéž*)

3.3. VYMEZENÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍCH POTŘEB U DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Klinické a sociální potřeby pacientů trpících duševními poruchami (především schizofrenií) jsou rozpoznávány již několik desetiletí, avšak snaha o jejich systematické zkoumání a analýzu je zřetelná až v několika posledních letech. Jde především o zkoumání pohledu pacienta na služby péče o duševní zdraví a rostoucí zapojování pacientů a jejich blízkých do léčebného plánu. (*Probstová a kol. 2006*)

U nás tradičně přetrvává hodnocení potřeb pacientů založené na „objektivním“ hodnocení profesionálů (lékařů, terapeutů apod.). Pohled klinického pracovníka však často nezohledňuje názor pacienta. Vnímání potřeb je totiž ovlivněno hodnotami a očekáváními člověka, který hodnocení provádí. *Hoofova studie* v roce 2002 (in *tamtéž*) ukázala výrazný rozdíl mezi potřebami péče u duševně nemocných tak, jak je vidí profesionálové, pacienti, rodinní příslušníci a veřejnost. Vnímání kvalitu života a pořadí důležitosti potřeb určují také kulturní, socioekonomické a další faktory. Všeobecný důraz na zapojování pacientů vedl k rostoucímu využívání subjektivních kritérií měření a hodnocení výsledků péče.

3.3.1. Nástroje hodnocení zdravotně-sociálních potřeb duševně nemocných

K mapování zdravotně-sociálních potřeb duševně nemocných lze použít následující nástroje:

MRC Needs for Care Assessment - NFCAS je vyplňován profesionálem nebo výzkumníkem. V dotazníku se hodnotí devět klinických oblastí a jedenáct oblastí sociálního fungování jako jsou psychotické symptomy, pomalost a nedostatečná aktivita, dyskineze, neurotické příznaky, demence nebo organická psychóza, fyzické potíže, ohrožující chování, sociálně nevhodné chování, strach, osobní hygiena, nákupy, příprava jídla, práce v domácnosti, doprava, kultura, vzdělání, zaměstnání, komunikační dovednosti, peníze, vyřizování svých záležitostí. Za přítomnost potřeby se považuje, když úroveň fungování (sociální neschopnosti) klesne nebo hrozí, že klesne pod určitou definovanou úroveň a existuje současně potenciální možnost vyléčení, resp. možnost intervence. Potřeba je naplněna, když se problém řeší poskytnutím takové péče, která je alespoň částečně efektivní, a když neexistuje žádný jiný druh péče, který by byl efektivnější. Potřeba je nenaplněna, když se problém řeší poskytnutím málo efektivní nebo žádné péče, i když existují efektivnější formy péče. (Probstová a kol. 2006)

Cardinal Needs Schedule je modifikovaná verze MRC Needs for Care Assessment. Identifikuje problémy, které splňují tři kritéria:

- a) pacient chce, aby mu s problémem někdo pomohl;
- b) problém způsobuje značnou úzkost, frustraci nebo nepříjemnosti lidem, kteří se o pacienta starají;
- c) problém ohrožuje zdraví nebo bezpečnost pacienta, popř. bezpečnost jiných lidí. (tamtéž)

Berliner Needs Assessment Schedule je subjektivní hodnocení, které zaznamenává pacientův názor na potřebu pomoci nebo podpory v šestnácti oblastech. Hodnotí se pouze přítomnost nebo nepřítomnost potřeby. (tamtéž)

Bangor Assessment of Need Profile se skládá ze sebehodnotícího formuláře, který krátce a jednoduše zjišťuje vyjádřené potřeby lidí s dlouhodobým duševním onemocněním, a formuláře k hodnocení potřeb, které vnímá klíčový pracovník. Jako přítomnost potřeby se hodnotí, když hodnocení položky klesne pod úroveň, kterou respondent (pacient nebo klíčový pracovník) považuje za normální nebo běžné fungování. Nepřítomnost potřeby znamená, že je respondent v dané oblasti schopen fungovat normálně a nezávisle. (tamtéž)

CAN - Camberwell Assessment of Need lze považovat za zatím nejkomplexnější nástroj měření zdravotně-sociálních potřeb závažně duševně nemocných. Jeho českou verzi vydalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. (Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb, Probstová a kol. 2006)

CAN pokrývá dvacet dva oblastí zdravotních a sociálních potřeb: bydlení, strava, péče o domácnost, péče o sebe, denní činnosti, tělesné zdraví, psychotické symptomy, informace o

zdravotním stavu a léčbě, psychické potíže, ohrožuje sebe, ohrožuje ostatní, alkohol, drogy (psychoaktivní látky), přátelé, intimní vztahy, sexualita, péče o děti, základní vzdělání, telefon, doprava, peníze a finanční dávky. (Probstová a kol. 2006)

Odpovědi respondentů jsou hodnoceny na tříbodové škále:

0 = v oblasti není žádný závažný problém (žádná potřeba);

1 = není závažný problém nebo existuje jen mírný problém, protože je poskytována účinná pomoc (naplněná potřeba);

2 = závažný problém, nezávisle na tom, zda je či není poskytována pomoc, podpora (nenaplněná potřeba). (tamtéž)

Metoda CAN existuje ve třech verzích: krátká verze CANSAS, klinická verze CAN-C a výzkumná verze CAN-R. (tamtéž)

Respondentem verze CANSAS může být uživatel (pacient), blízká osoba (pečovatel, rodinný příslušník) či poskytovatel péče (například klíčový pracovník nebo terapeut). (tamtéž)

U klinické verze (CAN-C) je každá oblast rozdělena do čtyř sekcí. Instrument je vyplňován samostatně poskytovatelem a uživatelem péče. Sekce 1 hodnotí míru potřeb a jejím cílem je zjistit, zda v dané oblasti existuje potřeba a zda byla poskytnuta efektivní pomoc a potom se zde rozhodujeme, zda bude nutné se danou oblastí dále zabývat. Sekce 2 zjišťuje množství pomoci od „neformálních“ zdrojů (od přátel, příbuzných atd.). Sekce 3 zjišťuje množství pomoci poskytované a potřebné od formálních poskytovatelů péče, služeb. Sekce 4 obsahuje uživatelské vnímání oblastí a plán péče navržený poskytovatelem. (tamtéž)

II. ŠETŘENÍ VÝVOJOVÝCH PSYCHOSOCIÁLNÍCH POTŘEB
DVACETI PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ

Motto:

„Samozřejmě že není vždy možné vést ostrou hranici mezi duševním zdravím a nemocí, mezi zdravým schizoidním jedincem a psychotikem. Někdy je začátek psychózy tak prudký a tak dramatický a její projevy jsou tak jednoznačné, že o diagnóze nemůže být pochyb. Avšak v mnoha případech taková náhlá zjevná kvalitativní změna není patrná. Dochází k pozvolnému, leta trvajícím přechodu a v žádném jednotlivém bodě vůbec není jasné, zda vývoj právě dosáhl kritického stupně.“ (Laing 2000, s.141)

1. VYMEZENÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této části studie jsem si položila otázku, zda-li Eriksonova teorie lidského vývoje může být platná také pro lidi trpící psychózou. Svou pozornost jsem zaměřila na dvacet mladých lidí, jejichž nemoc ještě nebylo možné považovat za chronickou. Vzhledem k tomu, že jsem se soustředila na věk mladé dospělosti, snažila jsem se u zmíněného souboru ověřit význam životních úkolů odpovídajících jen třem z osmi stadií. Jednalo se o stadium identity proti konfuzi rolí, stadium intimity proti izolaci a stadium generativity proti stagnaci. Těmto stadiím v šetření odpovídal zájem a možnost osamostatnit se od primární rodiny, hledat si životního partnera a realizovat se v životě.

Motto:

„Psychiatři tak mohou považovat za zaručené, že je možné navázat účinný vztah se schizofrenním pacientem. Pokud se to zdá nemožné, může za to lékařova osobnost, a ne pacientova psychopatologie.“ (Fromm-Reichmannová in Laing 2000, s.34)

2. FORMULACE HYPOTÉZ

Nejprve považuji za důležité stručně vymežit terminologii, kterou jsem použila.

Základní hypotéza je obecné tvrzení, které není bezprostředním východiskem pro technickou konstrukci výzkumu a výzkumných nástrojů. Je rozložena do souboru pracovních hypotéz. (Disman 2000)

Pracovní hypotéza znamená tvrzení, „předpovídající existenci souvislosti mezi dvěma nebo více proměnnými. Všechny proměnné zmíněné v hypotéze musí mít validní operační definici. Soubor pracovních hypotéz musí zahrnovat nejen proměnné reprezentující zkoumané koncepty, ale i ty proměnné, které mohou významně zkreslit interpretaci testovaných vztahů“. (tamtéž, s.79)

Operační definicí se rozumí koncept, který je vyjádřen popisem operací, jimiž bude měřen. (tamtéž)

♣ Základní hypotéza 1: *Psychosociální potřeby dvaceti psychotických pacientů jsou v souladu s Eriksonovou teorií lidského vývoje.*

• Pracovní hypotéza 1: *Pacienti jsou osamostatněni nebo se chtějí osamostatnit od primární rodiny.*

• Pracovní hypotéza 2: *Pacienti bydlící s rodiči jsou okolím podporováni, aby se osamostatnili.*

• Pracovní hypotéza 3: *Pacienti mají nebo chtějí mít životního partnera.*

• Pracovní hypotéza 4: *Pacienti bez partnera jsou okolím podporováni, aby navázali partnerský vztah.*

• Pracovní hypotéza 5: *Pacienti mají nebo chtějí mít zaměstnání¹, popř. realizovat se v zájmové činnosti.*

• Pracovní hypotéza 6: *Nerealizující se² pacienti jsou okolím podporováni, aby hledali zaměstnání, popř. realizovali se v zájmové činnosti.*

¹ Za zaměstnání zde považuji i studium.

² Termínem „nerealizující se“ rozumím nezaměstnaný, nestudující, nenacházející společenské uplatnění. Podobně termínem „realizující se“ mám na mysli „zaměstnaný“, studující, nacházející společenské uplatnění.

→ Operační definice 1: Stadiu identity proti konfuzi rolí odpovídá zájem a možnost osamostatnit se od primární rodiny.

→ Operační definice 2: Stadiu intimity proti izolaci odpovídá zájem a možnost nalézt životního partnera.

→ Operační definice 3: Stadiu generativity proti stagnaci odpovídá zájem a možnost mít zaměstnání, popř. realizovat se v zájmové činnosti.

→ Operační definice 4: Podpora okolím znamená, když okolí daný stav doporučuje nebo prakticky umožňuje.

→ Operační definice 5: Okolím se rozumí významný druhý, ošetřující lékař a psychosociální pracovník.

◆ Axiom projektu: Psychosociální potřeby pacientů lze odvodit ze čtyř informačních zdrojů: pacient, ošetřující lékař, významný druhý a psychosociální pracovník.

Motto:

„I v případě, že floridní symptomatologie je kontrolována medikací, většina schizofreniků se zdá být trochu jiná nebo vybočující z průměru. Může být obtížné sledovat jejich tok myšlenek v konverzaci. Jejich mluva může znít poněkud zvláště nebo se nevztahovat k tématu. Jejich tvář a hlas může být neobvykle nevýrazný a mohou se vyhýbat očnímu kontaktu během konverzace. Vlastně můžete mít pocit, že vás neposlouchají... Zásadní faktory, které vedou k nepříjemnému pocitu z konverzace se schizofrenikem, mohou být shrnuty pod pojem deficit sociálních dovedností...“ (Bellack a kol. 1997, s.3)

3. INFORMAČNÍ ZDROJE ŠETŘENÍ

3.1. VÝZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

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 péče³ 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)

3.2. KONSTRUKCE VZORKU

Nyní blíže k zastoupení jednotlivých informačních zdrojů. **Pacient** byl mladý člověk trpící psychotickým onemocněním, jenž byl kontaktován v rámci psychiatrické hospitalizace. Věk pacienta se

³ Průměrná ošetřovací doba na oddělení akutní péče v Psychiatrické léčebně Bohnice byla padesát dní.

pohyboval mezi osmnácti a třiceti pěti lety.⁴ 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), viz tab.1. Požadovala jsem, aby pacient byl v době šetření orientovaný, schopen dialogu bez psychotické produkce. Vybrala jsem prvních dvacet pacientů, kteří splňovali kritéria a 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. Poslední kolo výběru určoval pacient sám svou ochotou spolupracovat.⁵ (Scheansová 2007/6)

Ke každému pacientovi byl vybrán jako další respondent jeho **ošetřující lékař** během hospitalizace v léčebně. Celkem se na šetření podílelo deset lékařů psychiatrické léčebny. Všichni na doporučení ředitele léčebny spolupracovali. (tamtéž)

Dalším respondentem byl pacientův **významný druhý**. Jednalo se o osobu, kterou pacient považoval za důvěryhodnou. Šetření se zúčastnilo šestnáct významných druhých. Dva významní druzí odmítli spolupracovat a dva pacienti nepovažovali nikoho ve svém okolí za dostatečně důvěryhodného. Významní druzí byli kontaktováni v místě, které zvolili, např. v místě zaměstnání, bydliště, v areálu léčebny, v kavárně. (tamtéž)

Posledním respondentem byl ke každému pacientovi také **psychosociální pracovník**. 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. (tamtéž)

⁴ Věkovou kategorii jsem vymezila na základě předpokladu, že kvalita služeb poskytovaných nemocným ve věku mladé dospělosti může mít zásadní význam pro jejich psychickou stabilizaci a resocializaci.

⁵ Jedním z kritérií pro výběr pacientů měla být původně také první či druhá hospitalizace v léčebně. Domnívala jsem se, že tímto způsobem zachytím pacienty, kteří jsou perspektivní pro léčbu. Během šetření jsem od tohoto kritéria upustila. Setkala jsem se s pacienty, kteří byli hospitalizováni vícekrát, nejen z důvodu psychotické ataky, a přesto byli ošetřujícím lékařem považováni za perspektivní pro terapii. V jiném případě byl pacient hospitalizován poprvé, ale bylo zřejmé, že psychotická ataka venku běžela dlouho a měla následky ve zhoršení psychických funkcí.

Tabulka 1: Zastoupení souboru pacientů

	Pohlaví	Věk	Diagnóza (MKN-10)	Hospitalizace
1.	Muž	32	Paranoidní schizofrenie (F20.0)	Druhá
2.	Muž	21	Akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie (F23.1.)	První
3.	Muž	24	Paranoidní schizofrenie (F20.0)	Třetí
4.	Žena	23	Akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie (F23.1.)	První
5.	Muž	26	Schizofrenie (F20)	Čtvrtá
6.	Muž	23	Schizofrenie (F20)	První
7.	Muž	23	Paranoidní schizofrenie (F20.0)	Čtvrtá
8.	Muž	30	Schizofrenie (F20)	Druhá
9.	Muž	26	Schizoafektivní porucha (F25)	Čtvrtá
10.	Žena	30	Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky (F32.3)	První
11.	Muž	21	Akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie (F23.1.)	První
12.	Muž	28	Schizoafektivní porucha (F25)	Čtvrtá
13.	Žena	25	Akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie (F23.1.)	První
14.	Muž	24	Paranoidní schizofrenie (F20.0)	Třetí
15.	Žena	25	Schizoafektivní porucha (F25)	První
16.	Muž	26	Bludová porucha (F22.0)	Druhá
17.	Muž	28	Paranoidní schizofrenie (F20.0)	Čtvrtá
18.	Žena	25	Akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie (F23.1.)	První
19.	Žena	24	Paranoidní schizofrenie (F20.0)	Třetí
20.	Muž	23	Schizoafektivní porucha (F25)	První

Motto:

„Sociálními dovednostmi se rozumí mezilidské chování, které je normativně a/nebo společensky sankcionováno. Zahrnuje takové oblasti jako jsou zásady oblékání a chování, pravidla vyjadřování, projevoování emocí, upevnění společenského statusu, mezilidské vzdálenosti atd. Většina pacientů trpících schizofrenií má zjevné deficity v sociálních dovednostech - buď je nikdy nezískali nebo je ztratili. Tyto deficity způsobují, že je pro mnoho pacientů komplikované udržet sociální vztahy, naplnit sociální role (pracovník, partner) nebo naplnit své potřeby.“
(Bellack a kol. 1997, s.3)

4. TECHNICA SBĚRU INFORMACÍ

Nejprve považuji za nutné definovat terminologii, kterou jsem při šetření použila.

Pilotní studii se rozumí šetření prováděné na malé skupině vybrané z populace, která má být studována. Technika se často liší od té, která je použita ve vlastním výzkumu; nejčastěji se využívají kvalitativní postupy (kupř. nestandardizovaný rozhovor). Cílem pilotní studie je zjistit, zda informace, která je požadována, v populaci vůbec existuje a zda je dosažitelná.
(Disman 2000)

Kvantitativní výzkum znamená testování hypotéz o skupinách. Analýza je prováděna na kumulovaných datech o mnoha jedincích, proto je nutné, aby stimuly byly totožné. Kvantitativní výzkum využívá standardizované techniky, které používají striktně jednotné podněty a odpovědi bývají omezeny předem připravovaným souborem kategorií (tzv. uzavřené otázky). Mezi standardizované techniky může patřit přímé pozorování, rozhovor, dotazník a analýza dokumentů. (tamtéž)

Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím, slouží k formulaci hypotéz. Využívají se nestandardizované postupy, které mohou získat lepší informace o jednotlivci, nabízejí lepší porozumění. Běžnými technikami sběru dat je zúčastněné pozorování, nestandardizovaný rozhovor a analýza osobních dokumentů. (tamtéž)

Dotazník je metoda, při které respondent odpovídá písemně na otázky tištěného formuláře. (tamtéž)

Přímé pozorování znamená zaměřené, dobře plánované vnímání vybraných jevů. To, co bylo vnímáno, je pečlivě a systematicky zaznamenáváno. *Zúčastněné pozorování* je styl výzkumu, ve kterém výzkumník participuje na každodenním životě lidí, které studuje. (tamtéž)

Rozhovor je metoda, při které jsou vyžadované informace získávány v přímé interakci s respondentem. Rozhovor se provádí tváří v tvář nebo telefonicky. *Nestandardizovaný rozhovor* je interakce mezi tazatelem a respondentem, pro kterou má tazatel jen velice obecný plán. Tento plán nezahrnuje výčet otázek, jejich znění ani pořadí. (tamtéž)

„*Polní poznámky* jsou v podstatě chronologický záznam toho, co se děje ve zkoumaném prostředí, co se děje s tímto prostředím i toho, co se děje v pozorovateli.“ (Loffland, cit in Disman 2000, s.312)

Realizované 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 pracovníka⁶. 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.⁷

V deseti případech byl zopakován dotazník pro první kolo šetření. Cílem bylo ověřit potenciální posun odpovědi 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. Podařilo se mi získat informace o šestnácti z dvaceti pacientů. Rozhovor proběhl s dvanácti pacienty a deseti významnými druhými. Rozhovory byly uskutečněny v třinácti případech osobně a v devíti případech telefonicky.

⁶ Komplettní verze dotazníků jsou k nahlédnutí v příloze.

⁷ Lékař ani psychosociální pracovník se druhého kola neúčastnili. Důvodem bylo, že jsem předpokládala propuštění pacienta z ústavní léčby a také stabilitu v odpovědích, které prezentovaly názor odborníka.

Motto:

„Sociální kompetence zahrnuje maximizaci sociální odměny. Sňatek, přátelství, sexuální uspokojení, zaměstnání, služby (v obchodech, restauracích) a osobní práva jsou všechno silné zdroje sociální odměny, které závisí na sociálních dovednostech. Jedinec, který nedisponuje sociálními dovednostmi, má sklon selhávat ve většině z těchto oblastí a následně zakouší úzkost, frustraci a izolaci, což je pro schizofrenické pacienty zvláště problematické. Deficity v sociálních dovednostech tak mohou zvyšovat riziko relapsu, zatímco zvýšení sociální kompetence může toto riziko snižovat.“ (Bellack a kol. 1997, s.4-5)

5. REALIZACE ŠETŘENÍ

5.1. SPOLUPRÁCE S PACIENTY

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. Otázky dotazníku byly pacientům srozumitelné, ačkoliv se osvědčilo při vyplňování asistovat. Čas potřebný k vyplnění dotazníku se pohyboval mezi dvaceti až devadesáti minutami. Pacienti často souhlasili s účastí na šetření tehdy, když viděli, že mají možnost si neformálně popovídat o svých zážitcích a představách. Často jsem vynaložila velké úsilí, aby pacient udal kontakt na významného druhého či na sebe. Ve snaze zvýšit důvěru v šetření jsem nabízela pacientům k dispozici také své číslo mobilního telefonu.

Ve dvou případech pacienti prošli výběrem, ale v průběhu šetření se u nich spustilo bludné myšlení. Tito pacienti si přáli v dalším kole šetření nepokračovat a jejich přání jsem respektovala. U jednoho z těchto dvou pacientů došlo k paranoidní projekci na mou osobu, přestože zprvu projevoval výrazný zájem o spolupráci.

Dva pacienti v závěru prvního kola šetření odmítli informační zdroj významného druhého. Oba nepovažovali nikoho ve svém okolí za dostatečně důvěryhodného.

Druhé kolo šetření proběhlo mimo léčebné prostředí (u pacienta doma nebo v kavárně). Podařilo se mi získat informace o šestnácti z dvaceti pacientů. Rozhovor byl uskutečněn s dvanácti pacienty, z toho se sedmi osobně a s pěti telefonicky. Důvodem telefonického kontaktu byla především zdráhavost pacienta k osobnímu setkání, kterou vyjadřoval jako nedostatek volného času. Vzhledem k cíli zmapovat situaci uplynulých tří měsíců jsem nevytvářela tlak na osobní setkání a využila možnost telefonického rozhovoru, při kterém se pacient mohl cítit bezpečněji.

5.2. SPOLUPRÁCE S LÉKAŘI

Ředitel psychiatrické léčebny, kde bylo realizováno první kolo šetření, ochotně vyšel projektu vstříc a vyjádřil zájem o výstupní data. Poskytl průvodní dopis, který mi umožnil vstup na jednotlivá oddělení. Na centrální budově léčebny mi byl pro účely šetření vytvořen seznam pacientů s diagnózou psychotického onemocnění a informacemi o jejich umístění na jednotlivých akutních odděleních. Nežádala jsem o souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace.

Lékaři se zúčastnili prvního kola šetření, které proběhlo na oddělení, kde pracovali. Druhého kola šetření se neúčastnili.

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 informací⁸.

Šetření se zúčastnilo celkem deset lékařů, z toho šest žen a čtyři muži. Každý lékař vyplnil jeden až čtyři dotazníky. Celkem bylo dvacet dotazníků vyplněných lékaři. Lékaři pocházeli ze čtyřech oddělení akutní péče.

Tři lékaři výrazněji vyjádřili neochotu a kritiku. Dva lékaři reagovali s výraznější podporou a zájmem o výstupní data. Ostatní nevyjádřili svůj postoj.

Dva lékaři byli ochotni dotazník vyplnit tentýž den, jiným to trvalo jeden až tři týdny.

Někteří lékaři pomohli pacienty vyhledat. Na seznamu z centrální budovy se objevili dva pacienti, které ošetřující lékař nedoporučil, protože nesouhlasil s danou diagnózou. Lékaři, kteří byli k šetření vstřícní, sami doporučili pacienty splňující kritéria.

Na jednom oddělení dvě lékařky otevřeně vyjádřily, že je vyplnění dotazníků obtěžovalo. Následně šetření kritizovaly slovy: „Dotazníky jsou pro pacienty na akutním oddělení nevhodné, odpovědi nezodpověditelné, zavádějící vzhledem k akutnímu stavu pacienta.“⁹ Stejně lékařky projevily minimální informovanost o svých pacientech.

Lékař, který ochotně spolupracoval, podotkl, že dle jeho názoru „dotazník není šitý na míru tomuto druhu pacientů, byl by vhodnější například pro lidi trpící depresí. Některé otázky nejsou relevantní povaze tohoto onemocnění - tedy psychóze.“¹⁰

⁸ Tento fakt souvisel především s omezením daným provozem oddělení akutní péče (pracovní náplň sekundárního lékaře, obrát pacientů, počet pacientů připadající na jednoho lékaře).

⁹ Tuto připomínku jsem konzultovala s jinými lékaři, kteří názor lékařek nepotvrdili.

¹⁰ Názor lékaře vycházel z předpokladu, že psychotické onemocnění samo o sobě znemožňuje plnohodnotný život. Já jsem cproti tomu vycházela z vývojových potřeb platných pro zdravého jedince. Má hypotéza zněla, že tyto potřeby by mohly být významné pro stabilizaci duševně nemocného. Poté, co jsem lékaři vysvětlila účel studie, souhlasil s jejím konceptem.

Lékařka, která byla při spolupráci vstřícná, se vyjádřila, že individuálními osudy pacientů se cítila zahlcena a byla již vůči nim otupělá. Zmínila se, že dle jejího názoru v některých ohledech systém léčebenské péče optimálně nefungoval. Měla na mysli nedostatečný kontakt s rodinami pacientů a také občas zavádějící psychodiagnostiku.

5.3. SPOLUPRÁCE S VÝZNAMNÝMI DRUHÝMI

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.

Prvního kola šetření se zúčastnilo šestnáct významných druhých, v druhém kole se podařilo kontaktovat deset z nich. V prvním kole se rozhovor uskutečnil ve všech případech osobně. V druhém kole proběhl s šesti významnými druhými osobně, se čtyřmi telefonicky. Důvodem pro telefonický kontakt byl v jednom případě nedostatek volného času respondenta. V ostatních případech došlo k telefonickému rozhovoru tehdy, když kontakt v druhém kole proběhl s pacientem osobně a on nestál o souběžnou přítomnost významného druhého. Potom jsem již neusilovala o osobní setkání s významným druhým, ale považovala jsem za postačující kontakt s pacientem.

Osobní setkání s významným druhým trvalo šedesát až sto padesát minut. Vyplnění dotazníku bylo kombinováno s nestandardizovaným rozhovorem.

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.

Většina významných druhých si stěžovala na nedostatečnou podporu ze strany léčebny. Matky se často vyjadřovaly, že jim chyběly informace a cítily se bezradné. Potřebné informace o nemoci a o možném vyrovnávání se s ní významní druzí získávali samostatně přes internet a přes své známé. Cítili se opomenuti v terapeutickém a rehabilitačním procesu. Vyjadřovali se, že nedostali instrukce, jak zacházet např. s agresí pacientů, jaké na pacienta mohou klást nároky apod.

Ženy v roli významného druhého často sdělovaly, že žily ve strachu z nevyzpytatelného chování pacienta.

Matky své syny zpravidla maximálně podporovaly, pomáhaly jim najít zaměstnání či studovat. Byly ochotné udělat pro svého syna cokoli, co by pomohlo jeho stabilizaci. Často své syny bránily proti netrpělivosti manžela. Více matek se vyjádřilo, že otec pacienta v nadměrné míře zneužíval alkohol. V některých případech bylo otcovo pití důvodem rozchodu rodičů. Matky také hovořily o tom, že jsou „utrápené“ ze společného soužití se synem - přály si, aby si našel dívku a odstěhoval se. Cítily se zoufalé ze situace, v které žily, ale neviděly pro syna lepší možnost. Synové nevyjadřovali motivaci ke změně a péči matek vnímali pozitivně, ačkoliv často reagovali na matky podrážděně (i v průběhu šetření).

V jednom případě manželka pochybovala o diagnóze bludové poruchy u pacienta. Dle jejího názoru netrpěl psychózou, ale předstíral ji, údajně se všemi manipuloval. Snažila se svůj názor sdělit lékařům, ale nikoho to prý nezajímalo.

V jiném případě si partner stěžoval na bezpráví své přítelkyně během hospitalizace v léčebně.

Slova jedné matky vystihovala postoje většiny významných druhých: „Všechno jsem musela vyhledávat sama a doprošovat se, vůbec jsem nevěděla, kam jít a co dělat, nikdo mi s ničím nepomohl. Hlavně jsem nevěděla, jak na syna emočně reagovat a jak zvládat jeho agresí.“

V jednom případě byli rodiče pacienta při telefonickém kontaktu výrazněji nepřátelsky nastaveni vůči psychiatrické péči. Matka se později ozvala a na šetření spolupracovala na přání syna: „Víte, realita je pak úplně jiná, než co se píše v knížkách a co říkají lékaři. Jediné, na co se mohu skutečně spolehnout, je jen můj vztah k synovi. Cítila jsem se vynechaná z celého léčebného procesu, nikdo mne neinformoval o tom, jak mám situaci zvládat a jak se vypořádat s takovým onemocněním u svého syna, jak se mám k němu vztahovat. Veškeré informace jsem si vyhledala sama, načetla literaturu, převážně z internetu. Od známých jsem se dozvěděla o denním stacionáři Ondřejov a zařídila jsem, aby tam syn docházel ambulantně. On to však nezvládl a nechal se znovu hospitalizovat. Před měsícem jsem na tom byla ještě mnohem hůře, tehdy bych s vámi asi nespolupracovala. O svépomocnou skupinu pro rodiče bych ale tehdy zájem měla.“

5.4. ROLE PSYCHOSOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

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.

Motto:

„Trénink sociálnich dovedností je soubor výukových stratégií založených na teorii sociálního učení, které jsou navrženy, aby systematicky pomáhaly jedincům rozvíjet efektivnější dovednosti pro jednání s druhými. Techniky sociálních dovedností jsou založeny na mnoha principech učení včetně modelování (učení pozorováním), upevnění (slovní pochvala za efektivní složky sociální dovednosti), tvarování (upevnění při přiblížení se cíli), přeučení (opakovaný nácvik dovednosti, dokud se nestane automatický) a generalizace (přenesení dovednosti z nácvikového prostředí do jiného prostředí domácí přípravou).“

(Bellack a kol. 1997, s.66)

6. VYHODNOCENÍ ŠETŘENÍ

6.1. KAZUISTIKY

6.1.1. Filip

Filip měl štíhlou postavu, tmavé vlasy a bylo mu třicet dva let. Byla mu diagnostikována paranoidní schizofrenie.

Filip vyrůstal s rodinou v Jižní Africe. Poslední dva roky žil v Praze, protože se mu zde prý líbilo více. Nemoc se u něho začala projevovat před rokem, kdy byl poprvé hospitalizován v Psychiatrickém Centru Praha (dále PCP). Jeho matka vnímala spouštěč nemoci v zátěžové situaci, kdy se odstěhoval z Afriky do Prahy. Neměl tehdy kolem sebe zázemí přátel, byl osamělý a byla to náročná kulturní změna. V Praze bydlel v bytě rodičů. Posledních šest měsíců s ním bydlela matka, která za ním přijela z Afriky. V době šetření matka plánovala, aby s ní odjel na vánoční svátky zpátky za rodinou.

S partnerským vztahem Filip zatím neměl zkušenosti. Více než rok byl nezaměstnaný, před počátkem nemoci pracoval v bance v oblasti administrativy.

Druhý kontakt proběhl s Filipem i jeho matkou. Po propuštění z léčebny byl téměř dva měsíce doma. Ambulantně navštěvoval jednou za dva týdny PCP kvůli udržování medikamentózní léčby.

Matka si stěžovala na psychiatrickou péči v léčebně. Bylo pro ni náročné zorientovat se v oblasti služeb týkajících se synova onemocnění. V léčebně jí prý neposkytlí žádné informace, kterých by se mohla „chytit“. Stěžovala si na přístup lékaře, který její dotaz ohledně cesty do Afriky komentoval: „To opravdu nevím, jak schizofrenici létají do Afriky.“

Filipa prý z léčebny propustili příliš brzy. Matce se nezdál dostatečně stabilizovaný, nikdo ji neinformoval. Byl propuštěn ze dne na den. Čekal na ni venku na lavičce před domem, protože neměl klíče od bytu, a ona nebyla doma. Matka viděla možnou souvislost nečekaného propuštění s žádostí o přeložení syna do PCP.

Vzhledem k plánovanému odjezdu do Afriky matka ani syn nejevili zájem o následnou péči v oblasti pracovní rehabilitace a

psychoterapie. Pokud by v Praze měli zůstat, zajímal by je projekt pracovní rehabilitace.

6.1.2. Radek

Radkovi bylo dvacet jedna let. Měl drobnou postavu a působil poněkud dětským dojmem. Z jeho chování byla cítit nejistota, přátelskost a vřelý vztah k matce.

Onemocnění se u něho začalo projevovat před šesti měsíci v souvislosti se zátěží v pracovním prostředí. Byla mu diagnostikována akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie.

Radek se vyučil zedníkem. Po vyučení byl téměř devět měsíců nezaměstnaný. Nakonec práci našel v kolektivu mužů, kteří byli převážně jiné národnosti (Ukrajinci, Romové). V pracovním kolektivu nebyl přijat a stal se obětí zesměšňování až s náznaky šikany. Začal tehdy trpět silnými psychosomatickými příznaky, neustále zvracel. Po doporučení praktického lékaře začal navštěvovat pravidelně psychologa. Potíže se zhoršovaly a Radek somaticky velmi zeslábl. Rodiče ho odvezli do nemocnice s nesnesitelnými bolestmi v kloubech, zvracením a pocitu, že se zblázní. Když po několika dnech hospitalizace na interním oddělení začal trpět hlasy, byl převezen do psychiatrické léčebny.

Druhý kontakt proběhl s Radkem a jeho rodiči. Byl již měsíc a půl po propuštění z léčebny doma. Ambulantně navštěvoval Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov. Jednou za dva týdny docházel za psychiatrem, který mu udržoval medikaci. Dvakrát týdně měl individuální psychoterapii. Byla mu doporučena také skupinová psychoterapie, ale té se zatím zúčastnil jen dvakrát, neboť mu prý nebylo příjemné o sobě hovořit před skupinou. Obecně považoval program ambulantní péče za vyčerpávající, neboť mu činilo psychické obtíže cestovat veřejnou městskou dopravou (půl hodiny). O služby v rámci pracovní rehabilitace by zájem možná měl, ale až by se cítil lépe. Pak by měl také možnost nastoupit do nového zaměstnání, které mu zařídil otec.

Radkova maminka působila velmi starostlivě, syna maximálně podporovala a bránila proti otcovu „tvrdšímu“ přístupu. Oba rodiče navštěvovali dvakrát měsíčně svépomocnou skupinu pro rodiče lidí s psychotickým onemocněním. Kontakt na psychoterapeutické sanatorium si maminka zjistila sama, stejně jako základní informace o synově onemocnění. K péči v psychiatrické léčebně Radek ani matka neměli výhrady. S úrovní služeb, které v sanatoriu Ondřejov využívali, byli rodiče i syn spokojeni. Mrzelo je, že Radek někdy nezvládal prakticky využít služby, které mu byly nabízeny.

6.1.3. Boris

Boris měl tmavé vlasy a středně vysokou, statnější postavu. Bylo mu dvacet čtyři let a trpěl paranoidní schizofrenií.

Onemocnění se u Borise začalo projevovat před devíti měsíci. V té době pracoval jako řidič autobusu a své zaměstnání měl rád. Před rokem se stalo, že neúmyslně poškodil pracovní zařízení a zaměstnavatel požadoval, aby zaplatil způsobenou škodu. Ačkoliv se nejednalo o nic závažného, v pracovním prostředí se poté cítil vystaven velké nejistotě ohledně toho, jak se celý problém bude řešit. Tuto situaci Boris prožíval jako silně stresující a stala se spouštěcím mechanismem pro bludné myšlenky. Začal se cítit pronásledován svými zaměstnavateli. Následovala série tří dopravních nehod, v důsledku kterých Boris na vlastní žádost ukončil pracovní poměr. Začal navštěvovat ambulantně psychiatra v místě bydliště, který ho medikoval. Na doporučení známých matka Borisovi domluvila ambulantní péči v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov. Tam mu byla upravena medikace, ale individuální ani skupinové psychoterapie se neúčastnil. Borisův zdravotní stav se zhoršoval, neboť léky ve skutečnosti neužíval. Brzy na to byla nutná hospitalizace v psychiatrické léčebně. Po první hospitalizaci, která trvala necelé tři měsíce, následovalo zlepšení. Po třech týdnech, kdy byl Boris doma po propuštění z léčebny, se jeho zdravotní stav opět zhoršil. Rodinný známý zajistil hospitalizaci v Psychiatrickém Centru Praha. Po několika dnech Boris z PCP utekl, vnikl do autobusových garáží, kde dříve pracoval, nedovoleně s jedním autobusem odjel a úmyslně ho naboural. Poté byl opět hospitalizován v psychiatrické léčebně po dobu téměř dvou měsíců.

Druhý kontakt proběhl s Borisem v době, kdy již byl dva měsíce doma po propuštění z léčebny. Dvakrát měsíčně navštěvoval ambulantně psychiatra, kontakt s ním trval asi patnáct minut. V následné péči pokračoval také v psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov, kde navštěvoval dva dny v týdnu denní stacionář. S úrovní poskytované péče byl spokojen. Našel si na inzerát první přítelkyni. Cítil se finančně zajištěný díky poměrně vysokým dávkám z nemocenského pojištění. Až by se cítil ještě o něco lépe, měl by možnost pracovat se svým otcem jako elektrikář, čímž se vyučil.

Rodiče syna maximálně podporovali, aby se stabilizoval. Matka si stěžovala na nedostupnost služeb a informací, vše si prý musela zařídit sama přes kontakty se známými (Ondřejov a PCP). Svěřila se, že si nechala předepsat pro sebe léky na uklidnění, aby situaci mohla „zvládat“. Na šetření zprvu spolupracovat nechtěla, byla ochotna až po přimluvě syna.

6.1.4. Monika

Monika byla dívka středně vysoké postavy, ve věku dvaceti tři let. Měla výrazné světle rezavé vlnité vlasy a byla usměvavá. Studovala střední odbornou školu zaměřenou na reklamu a přála si být spisovatelkou.

Monice byla diagnostikována akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie. Nemoc se začala projevovat poslední měsíc před hospitalizací v psychiatrické léčebně. V té

době byla Monika na dovolené s přáteli, kde se dostali do vzájemných konfliktů. Nabyla dojmu, že se proti ní ostatní spikli. Po návratu z dovolené propukla psychotická ataka, která trvala asi týden, než se otec rozhodl dovézt Moniku do léčebny. Z tohoto období si pamatovala jen velmi málo, byla prý hodně výbušná, nálady a pocity se jí hodně střídaly.

Monice v šestnácti letech zemřela matka a poté žila s otcem. Otec si časem našel přítelkyni, která měla z předchozího manželství také dceru. Začali žít společně. V poslední době se plánovalo, že by se obě dcery odstěhovaly do jiného bytu a bydlely společně bez rodičů.

Monika byla v léčebně hospitalizovaná po dobu jednoho měsíce. S péčí v léčebně byla spokojená. Při prvním kontaktu byla zdráhavá, stále měla potřebu upozorňovat, že už je úplně v pořádku. Jako významného druhého uvedla přítelkyni, která však následně odmítla účast na šetření a v Monice posílila nedůvěru. Monika poté váhala, zda-li na šetření spolupracovat, ale nakonec souhlasila. Dalšího významného druhého neuvedla, prý by to sice mohl být otec, ale ten už s ní měl starostí dost a nechtěla ho obtěžovat.

Druhý kontakt se vzhledem k Moničině zdráhavosti odehrál telefonicky. Byla již dva a půl měsíce doma po propuštění z ústavni léčby. Od ošetřujícího lékaře z léčebny dostala doporučení pokračovat v následné péči v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov. Po dobu prvního měsíce docházela jednou týdně na individuální psychoterapii, jednou týdně na skupinovou psychoterapii a jednou týdně za psychiatrem kvůli udržení vhodné medikace. Poslední měsíc navštěvovala denní stacionář. Chystala se vrátit do školy, kde byla omluvena pro nemoc. Kvalitu poskytované péče hodnotila kladně, o pracovní rehabilitaci neměla zájem.

6.1.5. Gustav

Gustavovi bylo dvacet šest let, měl vysokou a štíhlou postavu. Působil inteligentně, ale zároveň nevyzpytatelně, poněkud nervózně a trochu nejistě.

Gustavovi byla diagnostikována schizofrenie. Nemoc se u něho poprvé projevila před šesti lety. Tehdy začal trpět nezvladatelnými duševními stavy, které vedle psychotických symptomů obsahovaly obsesivní masturbaci, obsesivní sexuální představy a následné pocity viny. Říkal, že tehdy byl „vržen“ do léčebny. Zničehonic se prý ocitl v parku léčebny na lavičce, čemuž porozuměl jako osudovému znamení, a tak se nechal hospitalizovat. Poté následovalo několik dalších dobrovolných hospitalizací, často jen s neurotickými symptomy.

Současná ošetřující lékařka v léčebně se s diagnózou schizofrenie neztotožňovala, pro ni stál v popředí výrazný oidipovský komplex. Během hospitalizace lékařka Gustavovi poskytovala individuální psychoterapii, pacient si k ní vytvořil intenzivní raport. Lékařka na šetření ochotně spolupracovala.

Gustavovi rodiče byli rozvedení. Matka si našla přítele, ke kterému měl syn hostilní vztah. Gustav měl silnou vazbu na matku, ale rozhodl se kvůli jejímu příteli raději žít s otcem, který měl problémy s alkoholem.

Při prvním kontaktu byl Gustav úzkostný a v tenzi. Významného druhého neuvedl, neboť prý nikomu ve svém okolí dostatečně nedůvěřoval. Spolupráce s ním probíhala spíše stroze.

Druhý kontakt proběhl s Gustavem telefonicky, neboť pro něho bylo obtížné najít si před vánočními svátky čas na osobní setkání. Prý toho na něho bylo příliš mnoho. Byl již šest týdnů po propuštění z léčebny. Navázal na přerušené studium pedagogiky na vysoké škole. Docházel ambulantně jednou za čtrnáct dní do Psychiatrického Centra Praha kvůli udržení medikamentózní léčby a jednou týdně do Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov na individuální psychoterapii. S péčí v léčebně byl spokojen, program se mu líbil a jídlo bylo dobré. Se službami v sanatoriu Ondřejov byl také spokojen. O pracovní rehabilitaci neměl zájem, měl zkušenosti z dřívější doby.

6.1.6. Roman

Roman měl vysokou, štíhlou postavu a vlasy vyholené na délku několika milimetrů. Byl příznivcem hnutí skinheads. Bylo mu dvacet tři let a trpěl schizofrenií.

Romanovi rodiče byli rozvedení. Otec měl problémy s alkoholem. Matka se vyjádřila, že v manželství byla velmi nešťastná. Od rozvodu žila se svými dvěma dospělými syny a velkým psem v panelovém bytě 2+1. Romanův bratr trpěl záchvaty dušnosti. Sociální příjem rodiny se pohyboval na úrovni životního minima.

Symptomy nemoci se u Romana projevily asi rok před hospitalizací v léčebně. Tehdy se začal chovat velmi podivně, trpěl sluchovými halucinacemi a bludnými myšlenkami. V posledních letech zneužíval návykové látky, zejména alkohol, pervitin a marihuanu. Doma trávil s oblibou volný čas u agresivních počítačových her. Roman střídal různá zaměstnání, nějakou dobu pracoval na noční směny v pekárně a několik měsíců jezdil se sanitkou. Před dvěma lety si domů přivedl dívku, která byla závislá na drogách a ta s jeho rodinou téměř rok v bytě žila. Roman býval agresivní na matku i na přítelkyni. K hospitalizaci v léčebně došlo tak, že během víkendové návštěvy u rodiny svého otce, kdy se Roman choval situacím nepřiměřeně a byl agresivní, otec zavolal policii a rychlou záchrannou službu, a tak byl Roman hospitalizován i proti své vůli.

Při prvním kontaktu Roman klidně spolupracoval, jako významného druhého uvedl svou matku.

Matka byla při spolupráci velmi vstřícná. V kontaktu působila submisivně. Stěžovala si, že se nikde nemohla dovolat pomoci a dozvídala se pouze to, že problém měla pravděpodobně ona a měla by začít s léčbou u sebe. S velkým úsilím prý jednou přivedla syna do psychiatrické ambulance, ale syn lékařku přesvědčil, že on je v pořádku, zatímco matka prý k němu měla „špatný přístup“ a nebyla

dostatečně tolerantní. Matka byla zoufalá a cítila se bezmocně. Od praktického lékaře si nechala předepsat pro sebe léky na uklidnění.

Druhý kontakt proběhl s Romanem i jeho matkou. Roman byl již dva měsíce po propuštění z ústavní léčby doma. Po návratu z léčebny přijal nabídku pracovat jako sanitář, ale byl propuštěn po čtyřech dnech z důvodu, že práci nezvládal. Jednou za čtrnáct dní navštěvoval ambulantního psychiatra kvůli udržení medikamentózní léčby. Kontakt s lékařem trval patnáct až třicet minut. Roman se vyjádřil, že byl s průběhem ambulantní léčby spokojený, ačkoliv se mu nelíbilo, že léky ho tlumily. Náhled na onemocnění zatím neměl. Přál si cestovat po světě a příležitostně si na cesty vydělávat práci v restauracích. Věřil, že léky bude moci brzy přestat užívat. Matka Romana pobízela, aby si hledal zaměstnání. Roman stále trpěl sluchovými halucinacemi a měl bludné myšlení. Symptomy své nemoci prožíval jako někdy nepříjemné, ale někdy i zábavné. K večeru se jeho psychický stav pravidelně zhoršoval. Dle informací od matky Roman kouřil nadále marihuanu a pravděpodobně vynechával medikaci.

Matka k ambulantnímu psychiatrovi neměla důvěru, přála si, aby synovi byla poskytnuta komplexnější péče. Roman se vyjadřoval, že matka vše přeháněla a možnost ucházet se o invalidní důchod jednoznačně odmítal. Tvrdil, že si najde práci a všechno bude v pořádku.

K péči v léčebně neměl Roman ani jeho matka výhrady. S možnostmi následné péče nebyli ze strany léčebny obeznámeni. Roman o žádné služby nestál, prý nebyl jako „ti ostatní z léčebny“.

6.1.7. Evžen

Evžen byl středně vysoký, štíhlý, působil chlapeckým dojmem. Bylo mu dvacet tři let a měl diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Studoval vysokou školu, obor politologie.

Evženovy potíže začaly před čtyřmi lety. Tehdy začal trpět bolestmi v kostech a stěžoval si na nesnesitelné napětí. Po somatických vyšetřeních s negativním nálezem se na doporučení lékaře rozhodl ambulantně navštěvovat psychiatra. Absolvoval také několik hospitalizací v psychiatrické léčebně, které byly vždy dobrovolné. Hospitalizace zdůvodňoval tak, že prý nezvládal běžné fungování v životě. Při první hospitalizaci na psychiatrii mu byla diagnostikována obsedantně-úzkostná porucha, později v léčebně diagnózu revidovali na schizofrenii. Evžen přiznával, že rád experimentoval s medikací, někdy léky vynechával, někdy bral zase více v domněni, že se bude cítit lépe. Příležitostně kouřil marihuanu.

Evženovi rodiče se rozvedli, ale sdíleli stále společnou domácnost. On s oběma vycházel dobře, rodiče mezi sebou však komunikovali minimálně.

Při prvním kontaktu Evžen ochotně spolupracoval, byl přátelský. Jako významného druhého uvedl někoho ze svých rodičů.

Druhý kontakt proběhl s Evženem a jeho matkou. Tehdy byl Evžen dva měsíce po propuštění z léčebny. Po ukončení hospitalizace navštěvoval jednou týdně ambulantního psychiatra. V posledních šesti týdnech trpěl intenzivními somatickými potížemi, bolestmi hlavy a opakovaným zvracením. Domníval se, že to souviselo s psychiatrickou medikací, a tak si sám vyjednal hospitalizaci v Psychiatrickém Centru Praha, kde byl v době druhého kontaktu právě týden.

Matka během prvního i druhého kontaktu ochotně spolupracovala. Hovořila o tom, že si se synem neví rady. Měla dojem, že Evženyovy problémy mají spíše neurotický původ. Nepozorovala výraznější vliv medikace na jeho potíže, zdálo se jí, že je nadmíru sugestibilní a má sklony k hypochondrii. Nikdy u něho nepozorovala hlasy ani bludné myšlení. Vyjádřila obavy, že hospitalizace a diagnóza schizofrenie by mohla být pro Evžena pohodlný únik ze zodpovědnosti. Matka synovi maximálně pomáhala a podporovala ho, aby zvládal studijní povinnosti. Zároveň se svěřila, že momentální synova hospitalizace byla pro ni úlevou, neboť se cítila zoufalá z Evžena neklidu, např. z jeho nočního rozsvěcení a přecházení po pokoji. Matka si nechala předepsat od praktického lékaře pro sebe léky na uklidnění.

S úrovní péče jak v léčebně, tak i v PCP byl Evžen „více méně spokojený“. Stěžoval si, že když nebyly odpolední léčebné aktivity, tak se nudil. Přál by si internet, samostatné vycházky a někdy lepší spolupacienty.

Matka se domnívala, že Evžen byl zbytečně příliš medikován. Považovala by za účinnější intenzivní psychoterapii.

6.1.8. Standa

Standa měl světlé vlasy a středně vysokou, statnější postavu. Bylo mu třicet let a trpěl schizofrenií. V kontaktu působil nad průměr inteligentně (zdálo se, že měl velmi dobrou paměť).

U Standy se nemoc začala projevovat před dvěma lety. Začal tehdy ztrácet zájem o své záliby (grafická kresba, hudba), uzavíral se do sebe a choval se podivně. Objevovaly se u něho často poruchy myšlení, např. tvorba neologismů. Rodina mu domluvila hospitalizaci na Psychiatrické klinice Ke Karlovu. Poté se Standův zdravotní stav zlepšil a byl krátkodobě zaměstnán jako pekař a prodavač. Za několik měsíců následovala další psychotická ataka a Standa byl na popud své rodiny opět hospitalizován, tentokrát nedobrovolně v psychiatrické léčebně. Dle jeho slov došlo ke konfliktu se sestrou, která prý byla hysterická. Údajně sestra „zazmatkovala“ a zavolala záchranou službu.

Standa žil v bytě s rodiči. Matka s otcem měli mezi sebou konflikty, také v souvislosti se Standovou nemocí. Otec doma přebýval minimálně, volný čas trávil na chatě. Dle slov Standovy matky pil ve škodlivé míře alkohol.

Během prvního kontaktu Standa ochotně spolupracoval. Jako významného druhého zdráhavě uvedl svou matku.

Matka byla v kontaktu příjemná a milá. Přála si, aby se syn snažil řešit své potíže v individuální psychoterapii. Přemýšlela o tom najít kvalitního psychoterapeuta také pro sebe. Ze Standovy nemoci byla zoufalá. Snažila se synovi maximálně vyjít vstříc, ale v komunikaci s ním působila mírně kriticky. Standa měl tendenci reagovat na matčiny připomínky podrážděně. Matka příležitostně užívala léky na uklidnění.

Druhý kontakt proběhl telefonicky s matkou a osobně se Standou. Standa byl tehdy šest týdnů po propuštění z léčebny. Matka hodnotila synův zdravotní stav jako mnohem lepší. Přála si, aby Standa využíval nějaké formy následné psychosociální péče. Nelíbilo se jí, že Standa trávil veškerý čas doma.

Během telefonického hovoru při druhém kontaktu s matkou Standa zaslechl, že matka o něm hovořila, a impulsivně jí telefon vytrhl z ruky. Při následném osobním hovoru s realizátorkou šetření se zklidnil a byla domluvena schůzka. Vyjádřil přání, aby realizátorka s matkou již více o něm nemluvila. Na některé věci prý měli s matkou odlišný názor.

Standovi bylo nepříjemné vzpomínat na hospitalizaci v léčebně, už se tam nikdy nechtěl vrátit. Služby nechtěl nijak hodnotit. Hovořil o tom, že se cítil velmi zklamán a neměl do ničeho chuť. Díky dvěma psychotickým epizodám ztratil prý rok života.

První tři týdny po ukončení hospitalizace Standa docházel do sociálního klubu sdružení FOKUS, kde se účastnil některých pracovních rehabilitačních kursů. Brzy však začal považovat takové aktivity za zbytečné. Jednou za čtrnáct dní navštěvoval ambulantního psychiatra kvůli udržení medikace, kontakt trval okolo patnácti minut. Standa neměl zájem o pracovní rehabilitaci ani o psychoterapii. Nejdůležitější pro něho bylo najít si zaměstnání, aby vydělával peníze a mohl se věnovat svým zálibám. Zaměstnání si aktivně hledal a měl zájem absolvovat nějaký rekvalifikační kurs. Většinu volného času zatím trávil doma s matkou, své tetě občas vypomáhal s administrativou v kanceláři.

6.1.9. Aleš

Aleš měl štíhlou, vysokou postavu a krátce střižené tmavé vlnité vlasy. Bylo mu dvacet šest let a trpěl schizoafektivní poruchou.

Nemoc se u Aleše začala projevovat asi před sedmi lety. Dle jeho slov začátek nemoci souvisel s dopravní nehodou. Měl tehdy dojem, že ho nějaký muž chtěl osahávat. Ve snaze před ním utéci vběhl do silnice a srazil ho autobus. Nehoda neměla vážnější následky, ale od té doby se začala objevovat období, kdy byl impulsivní a s lidmi kolem sebe se dostával do konfliktů. Sám se považoval za „takového bojovníka za pravdu a spravedlnost“. Ze strany okolí cítil v tomto ohledu neporozumění.

Aleš žil sám ve vlastním bytě, v domě, který vlastnila jeho babička. Jeho matka v domě bydlela také, ale byla vážně nemocná. Aleš pomáhal babičce spravovat dům a jednou týdně uklízel chodbu.

Byl vyučený elektrikář. Opakovaně vstupoval do pracovních poměrů, které často skončily z důvodu konfliktů s nadřízeným nebo spolupracovníky. Aleš měl přítelkyni, která studovala psychologii. Seznámili se spolu před třemi lety, když v rámci pracovní rehabilitace pracoval v kavárně Na půl cesty. Přítelkyně si pronajímala byt sousedící s Alešovým bytem. Alešovi na vztahu s dívkou velmi záleželo a mrzelo ho, že v poslední době spolu nevycházeli.

Při prvním i druhém kontaktu Aleš ochotně spolupracoval. Rád hovořil o sobě a o tématech, která ho zajímala. Jako významného druhého bez váhání uvedl svou přítelkyni.

Alešova přítelkyně byla vstřícná a působila sympaticky. S Alešem se seznámila v době, kdy byl jeho psychický stav stabilizovaný. Během posledního půl roku se prý situace změnila, Aleš začal být velmi konfliktní a soužití s ním se stalo nesnesitelné. Byla rozhodnuta vztah citlivým způsobem ukončit, chystala se na studijní stáž do zahraničí.

Druhý kontakt proběhl osobně s Alešem. Po propuštění z léčebny byl Aleš deset týdnů doma. Během té doby si našel dvě krátkodobé brigády jako skladník, jednu ukončil v důsledku konfliktu s nadřízenou. Získal dojem, že nadřízená se ho snažila využívat a nějak mu škodit.

Aleš si byl vědom, že často některé věci zveličoval, ale tak to prý cítil. S babičkou měl v poslední době také konflikty. Babička si přála, aby si s ní povídal, ale přitom mu prý vůbec nerozuměla a vnucovala mu své názory, s kterými on nesouhlasil. Chovala se prý podivně. Chtěla po něm, aby užíval vitamíny, a přitom mu odmítala ukázat krabičku, aby věděl, o jaké vitamíny se jednalo.¹¹ Aleš byl přesvědčen, že žádné léky nepotřebuje užívat. Do psychiatrické ambulance nedocházel. O psychoterapii ani pracovní rehabilitaci neměl zájem.

Ohledně pobytu v léčebně se Alešovi nelíbilo, že tam „nebyla moc velká svoboda“ a měl dojem, že jeho ošetřující lékař si z něho „dělal tak trochu legraci“.¹²

6.1.10. Zdena

Zdena působila nenápadně a introvertně, měla drobnou postavu. Bylo jí třicet let a byla vdaná. Pocházela z Ukrajiny, v České republice žila osm let. V léčebně jí byla diagnostikována těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky.

Po přistěhování do Čech získala Zdena v průběhu doby dvě zaměstnání, v každém pracovala déle než rok. Pracovala jako prodavačka a poté jako šička v továrně na výrobu oděvů. Ani v jednom případě nebyl pracovní poměr ukončen její vinou, pracovní stereotyp a nároky celkem zvládala. Dle slov manžela nikdy nebyla

¹¹ Pravděpodobně se mu babička snažila podávat psychiatrickou medikaci, kterou pacient vědomě nechtěl užívat.

¹² V rámci šetření byl Aleš v kontaktu přátelský, ale pravděpodobně u něho přetrvávaly symptomy bludného myšlení.

v kolektivu příliš oblíbená, ale dokázala si najít vlastní místo a adaptovat se. Další zaměstnání v posledních letech nehledala, neboť se starala o tchýni a poté odjela na několik měsíců na Ukrajinu za svou matkou, která vážně onemocněla.

Symptomy nemoci se u Zdeny začaly projevovat před rokem, když odjela přechodně na Ukrajinu pečovat o svou matku. Toto období Zdena prožívala jako velmi zátěžové. Když se sama o matku na Ukrajině starala, začala trpět paranoidními představami, uzavírala se do sebe, činilo ji problémy vyjít ven z domu na nákup. Dle jejích slov měla všelijaké „černé myšlenky“. Manžel, s kterým byla pravidelně v telefonickém kontaktu, poznal, že s ní něco nebylo v pořádku, a odvezl ji zpátky do Čech. Vzhledem k tomu, že Zdenin psychický stav se nezlepšoval ani s návratem domů, manžel ji přesvědčil k dobrovolné hospitalizaci v léčebně.

Při prvním kontaktu byla Zdena úzkostná a podezřívavá, neustále plakala. Měla strach, že už se z léčebny nikdy nedostane ven. Jako významného druhého uvedla manžela a přála si, aby druhý kontakt proběhl skrze něho.

Manžel při šetření ochotně spolupracoval. Zdenu hodnotil jako přirozeně introvertní, vždy prý měla tendenci uzavírat se do sebe, zvláště v posledních letech. Vyjádřil se, že něco latentně patologického v její osobnosti vždy bylo. Problém viděl ve Zdenině nízkém sebevědomí a pocitech méněcennosti. Příliš velkou autoritou v jejím životě prý byla matka.

Druhý kontakt proběhl osobně s manželem. Zdena byla již měsíc po ukončení hospitalizace doma a cítila se podstatně lépe. Po dvou týdnech pobytu v léčebně manžel vyjednal překlad do Psychiatrického Centra Praha (PCP), kde Zdena pobyla dalších šest týdnů. Během hospitalizace v PCP se Zdenin psychický stav jednoznačně zlepšil a získala na nemoc náhled. Zdenina matka se přestěhovala za dcerou do Čech.

S péčí v léčebně manžel nebyl příliš spokojen. Nikdo prý na něho neměl čas a nebyl schopen říci něco bližšího ke zdravotnímu stavu jeho ženy. Ošetřující lékař ho uklidňoval, že všechno bude dobré, ale on viděl, že Zdena byla v prostředí léčebny velmi zoufalá. Domníval se, že jiné pacientky byly v horším zdravotním stavu, což nevnímal jako ženě prospěšné.

V PCP byla Zdena hospitalizována na otevřeném oddělení. Manžel byl s péčí v PCP maximálně spokojen. Byl přesvědčen, že ve Zdenině případě bylo zapotřebí nasadit optimální medikaci. Manžel nebyl spokojen s přístupem sociální pracovnice v PCP, který považoval za nedostatečně angažovaný.

Kvalitu péče v psychiatrické ambulanci manžel hodnotil průměrně, kontakt s lékařem trval méně než patnáct minut. Zdena ani její manžel nebyli v průběhu hospitalizace seznámeni se službami ambulantní psychosociální péče. Manžel projevil zájem domluvit Zdeně doléčování v denním stacionáři psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET, o kterém se dozvěděl od realizátorky šetření. Považoval za prospěšné, aby se Zdena dostala více do kontaktu s lidmi. Také si přál, aby Zdena případně začala studovat odbornou školu uměleckého zaměření, neboť byla výtvarně nadaná. Povzbuzoval ji, aby si rovněž hledala zaměstnání.

6.1.11. Norbert

Norbert měl delší tmavé vlasy, byl středně vysoký, drobnější postavy. Působil chlapeckým dojmem, poněkud uzavřeně a s ostychem. Bylo mu dvacet jedna let a byla mu diagnostikována akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie.

Nemoc se u Norberta začala projevovat několik měsíců před hospitalizací v léčebně. Začal se uzavírat do sebe, stranil se přátel, stěžoval si na nepříjemné tělesné stavy, přestal jíst a fyzicky velmi zeslábl. Choval se podivně, nekomunikoval.

Norbert bydlel s rodiči, na které byl dost vázaný. Dle názoru Norbertova přítele rodiče syna rozmazlovali a posilovali jeho nesamostatnost, zejména jeho matka. Norbert byl vyučený kuchař-číšník. Posledních pět měsíců byl nezaměstnaný, naposledy pracoval jako recepční u bezpečnostní služby. Přál si najít zaměstnání, kde by mohl „pomáhat lidem“. Vyjádřil bisexuální orientaci.

Při prvním kontaktu byl Norbert ochotný ke spolupráci, ale zároveň působil apaticky.¹³ Jako významného druhého uvedl svého přítele.

Přítel, toho času na vojně, při prvním kontaktu ochotně spolupracoval. Hovořil o tom, že mezi Norbertem a ním bylo mnoho let intenzivní přátelství. V posledním roce se sobě poněkud vzdálili, neboť si přítel našel partnerku a začal s ní žít. Vybízela Norberta, aby také navázal partnerský vztah, neboť tak by mohli opět trávit hodně času společně. Norbert se prý dříve spíše stranil a jediná dívka, která se mu líbila, byla právě ta, s kterou chodil on. Přítel zmínil také svou bisexuální orientaci a připustil, že Norbert byl na něho dost vázaný a možná do něho nějaký čas zamilovaný. Kritizoval fakt, že se Norbert ocitl v léčebně a byl medikován. Dle jeho názoru se Norbert potřeboval osamostatnit od rodičů a být nucen starat se sám o sebe. Pracovat a získat ambice.

Druhý kontakt proběhl telefonicky s přítelem. Norbert byl již deset týdnů po propuštění z léčebny doma a jeho zdravotní stav byl poměrně stabilizovaný. Našel si zaměstnání a také přítelkyni. Navštěvoval pravidelně ambulantního psychiatra kvůli udržení medikace, jinou formu následné péče nevyužíval. Norbert měl s přítelem před dvěma týdny vážný konflikt a od té doby spolu nekomunikovali. Přítel si Norbertovo telefonní číslo vymazal z paměti mobilního telefonu. Norbert byl v rámci druhého kontaktu osloven písemnou formou, na kterou nereagoval.

6.1.12. Patrik

Patrik měl tmavé vlnité vlasy, snědou pleť a středně vysokou urostlou postavu. Byl inteligentní. Působil energicky, rád o sobě hovořil a obracel na sebe pozornost. Rád diskutoval o náboženské

¹³ Bylo obtížné posoudit, do jaké míry pacientova apatie byla dána symptomy jeho nemoci a do jaké míry efektem medikace.

víře, křesťanství a islámu. Bylo mu dvacet osm let a trpěl schizoafektivní poruchou.

U Patrika se nemoc začala projevovat před osmi lety, měl za sebou několik hospitalizací v léčebně. Dvakrát byl hospitalizován nedobrovolně, na popud své matky, ale dvakrát i dobrovolně.

Patrikovi rodiče byli rozvedeni. Matka žila v Praze s Patrikovými třemi sourozenci. Otec zemřel, byl arabské národnosti a po rozvodu s matkou se vrátil do země, odkud pocházel. Z otcovy strany byl Patrik dobře finančně zajištěný. V době šetření probíhalo soudní řízení o otcovo dědictví, které měl Patrik získat. Již několik let byl zbaven právní způsobilosti k finančním úkonům a jeho opatrovníkem byla matka. Patrik byl schopen utratit během krátké doby značnou finanční částku. Cítil se neustále ve finanční tísní, v léčebně s ostatními pacienty obchodoval, snažil se prodat oblečení, hodinky atd.

Patrik měl vlastní byt. Žil převážně sám, ale byl ve velmi častém kontaktu s matkou. Navzdory svému onemocnění byl poměrně dobře schopen vést samostatnou domácnost. Pobíral invalidní důchod. Čas od času si našel brigádu, pracoval například v Mac Donaldu a v pizzerii. Volný čas rád trávil v nočních klubech, často kouřil marihuanu. Pravidelně navštěvoval Centrum křesťanské víry.

Při prvním kontaktu bylo náročnější získat Patrikovu důvěru. Zájem spolupracovat získal až tehdy, když mu byla věnována maximální pozornost a dostatek času, aby mohl hovořit o tématech, které ho zajímaly. Patrik se choval manicky a poněkud podezřívavě. Byl úzkostně nastaven ohledně svého zdravotního stavu a možného vlivu pití kávy a kouření cigaret. Svěřil se, že medikaci ve skutečnosti neužíval, protože mu „nedělala dobře“. Svého ošetřujícího lékaře hodnotil velmi příznivě. Nejprve odmítal uvést významného druhého, byl podezřívavý, ale po chvíli hovoru uvedl kontakt na tři přátele z Centra křesťanské víry.

Patrikův přítel ochotně spolupracoval. Domníval se, že Patrikova právní nezpůsobilost byla zbytečná. Jeho matce prý vyhovovalo, že mohla držet v rukou finance svého syna. Dle jeho slov Patrik dokázal utratit zbytečně hodně peněz, ale stačil by dohled a kontrola. Patrik převážně utrácel peníze za cigarety a coca-colu, stravoval se málo, často v Mac Donaldu. Míru otcova majetku zveličoval. Někteří Patrikovi přátelé se snažili podniknout kroky, aby mu byla navracena právní způsobilost.

Druhý kontakt proběhl s Patrikem i jeho významným druhým telefonicky. Patrik byl po třech týdnech hospitalizace propuštěn domů. V kontaktu byl stále manický, jeho řeč občas ztrácela souvislost. Sdělil, že soudní řízení o dědictví pravděpodobně dopadne v jeho prospěch. V době druhého kontaktu bydlel s matkou a sourozenci. Matka se snažila dohlížet na to, aby užíval medikaci. Jednou za dva týdny navštěvoval ambulantního psychiatra. Měl zájem o kontakt na „dobrého“ psychologa, se kterým by si mohl povídat. Měl požadavek, aby psycholog nekouřil cigarety, marihuanu ani nepil alkohol. Hovořil o tom, že navštěvoval psycholožku, s kterou měl neformální vztah, tykali si. Onemocněla a nevěděl, zda-li ještě byla v nemocnici. Usoudil, že jí zkusí zkontaktovat. O

pracovní rehabilitaci neměl zájem. Léčebnu zpětně hodnotil negativně jako ústavní prostředí. Bylo to „chudé prostředí, žádný luxus, ani bazén tam nebyl“. Žádal po realizátorce šetření, aby s ním šla do banky zjistit, zda-li již měl na účtu čtyřicet milionů od svého otce. Na schůzku, která se měla uskutečnit za dva dny, se nedostavil.

Přítel se při druhém kontaktu vyjádřil, že s Patrikem již nebyl poslední dobou v kontaktu, občas ho prý zahlédl v Centru křesťanské víry. Nic bližšího k jeho situaci nevěděl, věnoval se vlastní rodině.

Přesně po roce od druhého kontaktu Patrik realizátorce šetření telefonoval. Omlouval se, že se před bankou nesešli, přišel prý pozdě a ještě zahlédl, jak odcházela. Rád by se znovu osobně sešel, aby si popovídali, jak se mu dařilo. Na domluvené setkání opět nepřišel. Poté několikrát znovu telefonoval a chtěl domluvit další schůzku, která se uskutečnila. Patrik při setkání občas hovořil nesouvisle, často mluvil o víře a vztahu k bohu. Od prvního kontaktu znovu nebyl hospitalizován a na dobu hospitalizace už nechtěl vzpomínat. Jednou týdně navštěvoval ambulantního psychiatra, kontakt s ním nepřesahoval třicet minut. Medikaci užíval, ale občas vynechával. Žil sám ve svém bytě, sám si také vařil a nakupoval. Byl stále právně nezpůsobilý k finančním úkonům, ale s matkou vycházel celkem dobře. Peníze (100 Kč na den) občas utratil hned ráno na hracích automatech. Na setkání realizátorce přinesl velkou švýcarskou čokoládu, sám při setkání vypil v kavárně dvě sklenky becherovky, protože byl prý nevyspalý. Od té doby se ještě párkrát telefonicky ozval, aby informoval, že byl v pořádku a měl se celkem dobře. Jediná forma pomoci, o kterou stál, byl neformální kontakt v rámci podpůrné terapie (popovídat si).

6.1.13. Irena

Irena měla dlouhé tmavé vlasy, nad ušima krátce zastřižené. Byla drobná, středně vysoká. V očích měla podezřívavý výraz, inteligenčně se nacházela pravděpodobně pod průměrem. Bylo jí dvacet pět let. V léčebně jí diagnostikovali akutní polymorfni psychotickou poruchu s příznaky schizofrenie.

V posledních dvou měsících Irena trpěla bludnou představou, že ji někdo sledoval a chtěl ublížit. Hodně času trávila psaním dopisů prezidentovi, kde líčila své paranoidní představy.

Irena bydlela ve státním bytě a sama si vedla domácnost. V poslední době již nebyla schopná zabezpečit své základní životní potřeby, žila ve špině, v jejím bytě se našly po zemi výkaly. Do léčebny ji přivedla matka. Jednalo se o první hospitalizaci.

Při prvním kontaktu byla Irena stažená do sebe, spíše nedůvěřivá. Zpočátku souhlasila s účastí a podmínkami šetření. V závěru vyjádřila strach uvést kontakt na sebe a neznala prý nikoho, komu by mohla důvěřovat. Z toho důvodu nebyl dotázán významný druhý ani Irena nebyla podruhé kontaktována.

Ošetřující lékařka ochotně při šetření spolupracovala a poskytla informace o Irenině případu.

6.1.14. Richard

Richard měl sportovní postavu, tmavé krátce střižené vlasy a v jednom uchu stříbrný kroužek. Bylo mu dvacet čtyři let a pro dívky svého věku mohl být atraktivní. Trpěl paranoidní schizofrenií.

Richardova nemoc začala před pěti lety. Tehdy často navštěvoval technoparty a experimentoval s pervitinem a marihuanou. Začal trpět sluchovými halucinacemi a bludným myšlením. Často byl přesvědčen, že mu někdo chtěl ublížit. Po první hospitalizaci Richard nadále kouřil marihuanu. Jeho matka měla obavy, že se Richardův zdravotní stav s průběhem času zhoršoval. V době prvního kontaktu se jednalo o třetí hospitalizaci. Richard byl v té době hospitalizován nedobrovolně, protože byl agresivní vůči okolí, ohrožoval svou matku.

Richardovi rodiče byli dva roky rozvedení. Richard žil s matkou a bratrem. Jeho matka byla adoptovaná. S Richardovým otcem se rozvedla kvůli jeho škodlivému pití alkoholu a násilnému chování. Richard tehdy otce z bytu vyhodil, protože nemohl snést jeho násilné chování vůči matce. Richardův bratr trpěl epilepsií a byl toho času ve vězení.

Richard byl vyučený číšník. V žádném zaměstnání déle nevydržel. V posledních letech se občas snažil práci najít, ale pracovní proces nezvládal a měl často absence. Před půl rokem mu matčina známá sehnala zaměstnání v samoobsluze, ale protože trpěl hlasy (např. si povídal s jogurty), byl brzy propuštěn. Richard velmi hezky maloval.

Při prvním kontaktu Richard sám realizátorku šetření oslovil se zájmem si povídat, nejspíše pro zpestření dlouhé chvíle. V průběhu šetření byl lehce euforický a manický. Souhlasil s podmínkami šetření a jako významného druhého uvedl matku.

Matka při šetření byla velmi vstřícná, vítala příležitost popovídat si o synovi. Setkání proběhlo v restauraci, kde pracovala jako kuchařka. Hovořila o tom, že žila ve strachu ze syna. V posledním půl roce se soužití s ním stalo nesnesitelné. Vyprávěla, že jednou šli spolu do kina a Richard utekl vzápětí, co zaplatila za lístky. Jindy jí bezdůvodně plivnul do tváře. Trávil celé dny sám, povídal si s oknem nebo nedělal nic. V noci se budil a chodil po bytě, choval se velmi podivně. Svěřovala se, že pro ni bylo těžké zavolat policii a podepsat, že měla strach o život, aby Richard mohl být nedobrovolně hospitalizován.

Po první hospitalizaci Richard navštěvoval Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov a krátce pracoval v Kavárně na půl cesty. Chráněné zaměstnání opustil z důvodu, že tam prý byli všichni blázni a on to mezi nimi nezvládal. Richard zatím neměl na svou nemoc náhled.

Matka považovala za problém synovu nečinnost. Neměl přátele, s nikým se nestýkal. Věřila, že by na jeho psychický stav mělo

pozitivní vliv, kdyby se seznámil s dívkou. Cítila se ze soužití s Richardem velmi nešťastná. Přála si, aby mohli žít odděleně, ale zároveň neměla představu, kde jinde by Richard mohl bydlet. Matka by jednoznačně uvítala možnost navštěvovat svépomocnou skupinu pro rodiče psychoticky nemocných, měla jen velmi základní informace o možnostech léčby a rehabilitace pro svého syna.

V závěru kontaktu s matkou přišel také Richard, který získal propustku na víkend. Silně šilhal očima a byl rozrušený.¹⁴ Přítomnost realizátorky a matčiny dotazy na nekontrolovatelné šilhání ho znejišťovaly a začal být vůči realizátorce verbálně agresivní. S osobním setkáním realizátorky a jeho matky nesouhlasil. Prý se domníval, že skrze matku bude znovu kontaktován jen on. Vyjádřil přání, aby druhý kontakt již neproběhl. Matka později telefonicky sdělila, že jí syn zakazoval navštěvovat ho v léčebně a hovořit s ošetřující lékařkou. Na základě Richardova přání, na kterém trval i později, se druhý kontakt neuskutečnil. Richard si vytvořil paranoidní projekci vůči realizátorce, v které věřil, že se ho a matku snaží připravit o jejich byt a nastěhovat tam jinou rodinu.

6.1.15. Barbora

Barbora měla delší tmavé vlnité vlasy, byla nižší, mírně silnější. Bylo jí dvacet pět let a trpěla schizoafektivní poruchou. Profesí byla zdravotní sestra.

Barboře se nemoc začala projevovat asi před rokem. Pracovala ve zdravotnickém zařízení a necítila se dobře ve vztazích s jinými zaměstnanci. Domnívala se, že ji pomlouvali a neměli ji rádi. Často slyšela, jak si o ní v práci povídali, že je nemožná. Začala zneužívat léky na uklidnění. Když se zjistilo, že léky v ordinaci mizely, byla Barbora na dohodu propuštěna. Přítel Barboru přesvědčil, aby navštívila psychiatrickou ambulanci. Barbořin zdravotní stav se přechodně zlepšil a ona nastoupila do nového zaměstnání - homeopatické ordinace. Zprvu pravidelně užívala medikaci, kterou jí lékař předepsal. V zaměstnání se od počátku cítila velmi nejistá. Měla dojem, že jí léky tlumily a nezvládala svou práci tak, jak byla dříve zvyklá. Měla pocit, že dobře nevycházela se svou nadřízenou. Začala opět zneužívat léky, které měla v ordinaci k dispozici (tentokrát na povzbuzení). Medikaci od lékaře vynechávala. Symptomy nemoci se zhoršily, vrátily se sluchové halucinace. Přítel Barboru přesvědčil, aby se nechala hospitalizovat v psychiatrické léčebně.

Při prvním kontaktu byla Barbora den před propuštěním z léčebny. Byla zcela orientovaná, ochotně spolupracovala. Mluvila o tom, že se chtěla brzy vrátit do zaměstnání a uvažovala o tom pracovat na psychiatrii. Její hospitalizace trvala dva a půl měsíce. S přístupem ošetřujícího lékaře a personálu v léčebně byla spokojená, ačkoliv doufala, že bude propuštěna domů dříve. Jako

¹⁴ Jednalo se o vedlejší efekt antipsychotické medikace.

významného druhého uvedla svého přítele, se kterým bydlela a ke kterému měla značnou důvěru.

První kontakt s přítelem proběhl v kavárně. Byl vstřícný a vyjádřil se, že to bylo poprvé, kdy se někdo zajímal, jak celou situaci prožíval on. Byl dobře informován o symptomech schizoafektivní poruchy a schizofrenie, zároveň však sdělil, že veškeré informace si vyhledal zcela sám, převážně na internetu. Ze strany léčebny se prý dozvěděl jen velmi málo. K péči v léčebně a k ošetřujícímu lékaři byl velmi kritický.¹⁵ Tvrdil, že pacient je se vstupem do léčebny zbaven veškerých práv. Byl rozhořčen, že ačkoliv Barbora vstoupila do léčebny dobrovolně, byla hospitalizována na uzavřeném oddělení. Za poměrně krátkou dobu byl prý její psychický stav stabilizován a ona žádala na doporučení přítele o propuštění. Ošetřující lékař však propuštění na revers zamítl. Příklad se domníval, že Barbora byla hospitalizována zbytečně dlouho, aby léčebna mohla vydělat více peněz čerpaných ze zdravotního pojištění. Barbora si prý zcela neuvědomovala, jak nedůstojně s ní v léčebně bylo zacházeno.

Příklad se aktivně snažil zajistit Barboře vhodné zaměstnání, neboť to viděl jako klíčové pro její stabilizaci. Přál si, aby pracovala spíše s dětmi či někde v prostředí, kde by neměla přístup k lékům¹⁶.

Další osobní kontakt s Barborou se odehrál po měsíci, při náhodném setkání v tramvaji. Byla výstředně oblečena, v kožené minisukni a síťovaných punčochách. Cítila se dobře a zajišťovala si práci zdravotní sestry na poloviční úvazek. Docházela jednou týdně na individuální psychoterapii a jednou za dva týdny k ambulantnímu psychiatrovi kvůli udržení medikace. S péčí, kterou ambulantně využívala, byla spokojená.

Druhý kontakt s významným druhým proběhl po třech měsících telefonicky. Barbora pravidelně navštěvovala psychiatrickou ambulanci, na podpůrnou psychoterapii docházela jednou za dva až tři týdny. Již měsíc byla zaměstnaná na poloviční úvazek v zubní ordinaci, zaměstnání získala na doporučení známého.

6.1.16. David

David byl vysoký, měl plavé krátce střižené vlasy a sportovní postavu. Bylo mu dvacet šest let a trpěl bludovou poruchou.

Davidova nemoc se začala projevovat před dvěma lety. V té době pracoval u policie a zaměstnání ho bavilo. Stále častěji se při výkonu služby začal dostávat do konfliktů, až jednou došlo k tak ostré konfrontaci, že s ním zaměstnavatel následně rozvázal pracovní poměr. Poté se David choval ještě více podivně, měl nepřiměřené výkyvy nálad, docházelo ke konfliktům s rodiči i manželkou. Několikrát se pokusil o sebevraždu, přičemž okolí tyto

¹⁵ Ošetřující lékař Barboru pro účast v šetření doporučil, v kontaktu s realizátorkou šetření byl vstřícný. Pro přítele mohlo být obtížné posoudit objektivně Barbořin zdravotní stav.

¹⁶ Vzhledem k opakovanému abúzu psychofarmak v anamnéze.

pokusy vnímalo spíše demonstrativně. Rodiče syna nechali hospitalizovat v psychiatrické léčebně v Dobřanech, jeho psychickou labilitu dávali za vinu především jeho manželce. Po krátké hospitalizaci byl David v ambulantní psychiatrické péči. Poslední dva měsíce se Davidův zdravotní stav zhoršoval, byl značně pasivní, bez zájmu o okolí, jindy zase reagoval impulsivně. Podruhé byl hospitalizován na popud své ženy, která soužití s Davidem již považovala za nesnesitelné. David s hospitalizací v psychiatrické léčebně souhlasil.

David byl v době šetření tři roky ženatý. Jeho žena byla o pět let starší než on, měla pětiletou dceru z předchozího vztahu. Po svatbě žili u Davidových rodičů, mezi ženou a rodiči však často docházelo ke konfliktům. V posledním roce se od rodičů odstěhovali a pronajali si byt v Praze. Celou domácnost s poměrně vysokým nájmem financovala manželka, živila se jako striptérka. David měl vřelý vztah s nevlastní dcerou.

Davidova mrzela ztráta zaměstnání u policie. Po první hospitalizaci se mu nedařilo získat kvalifikované zaměstnání. Cítil se frustrován a začal z nouze pracovat jako pouliční uklízeč. Pomáhal také s péčí o dceru v době, kdy žena pracovala.

David byl při prvním kontaktu příjemný, orientovaný, ochotně spolupracoval. Stěžoval si na současné zaměstnání, které by rád změnil. Vztah s manželkou líčil v té době jako konfliktní, ale vřelý. S péčí v léčebně a přístupem ošetřujícího lékaře byl spokojen. Jako významného druhého uvedl svou ženu.

První kontakt s manželkou se uskutečnil u nich doma. Davidova žena byla vstřícná a nakloněná spolupráci. O vztahu s Davidem se vyjádřila, že se v poslední době sice dost hádali, ale asi by jejich vztahu prospělo mít dítě. Domnívala se, že David nebyl nemocný, ale jen simuloval symptomy. Byla přesvědčená, že pro manžela byla diagnóza psychotického onemocnění pohodlná a on se za ni schovával. Cítila se od něho manipulovaná. Dle jejího názoru bylo Davidovým skutečným problémem velmi nízké sebevědomí. Obviňovala Davidovy rodiče, že s ním jednali jejími slovy jako „s blbcem“. Domnívala se, že David ji citově vydíral a předstíral symptomy, které viděl u jiných pacientů v léčebně. Snažila se svůj názor sdělit lékařům, ale nikoho to prý nezajímalo. Lékaři potvrdili původní diagnózu z první hospitalizace a tak to prý vyhovovalo nejspíše Davidovi i jim. Byla přesvědčená, že nejvíce by manželovi prospělo najít si jiné zaměstnání. Dle jejího názoru by pro něho byla vhodná psychoterapie, aby si zvýšil sebevědomí.

Druhý kontakt se neuskutečnil, neboť se nepodařilo Davidovi ani jeho ženu na původním telefonním čísle kontaktovat. S odstupem dvou let byla shodou náhod získána informace, že se Davidovi a jeho ženě narodilo miminko.

6.1.17. Jirka

Jirka měl delší světlé vlasy, stříbrný kroužek v uchu a piercing v obočí, byl nižší a trochu silnější postavy. Bylo mu dvacet osm let a trpěl paranoidní schizofrenií.

První příznaky nemoci se u Jirky začaly projevovat před šesti lety. Měl bludné myšlenky a trpěl sluchovými halucinacemi. Byl přesvědčen, že ho sledovala policie a že mu někdo chtěl ublížit. Jirka často kouřil marihuanu a pil alkohol, v minulosti také příležitostně užíval halucinogeny. V léčebně byl hospitalizován počtvrté. Přivedl ho strýc, kterého navštívil v akutní psychotické fázi, a Jirka s hospitalizací souhlasil.

Jirka pobíral invalidní důchod, čas od času si našel také brigádu. Bydlel ve vlastním bytě, ale často ho navštěvovala a přechodně tam s ním bydlela matka. Matka s otcem spolu nežili a měli konfliktní vztah. Jirka měl zkušenost s několikaletým vztahem s dívkou, který se rozpadl před čtyřmi lety.

Při prvním kontaktu Jirka sám realizátorku šetření oslovil, neboť si chtěl s někým povídat. Hovořil o tom, že se cítil jako miminko, zcela bezbranný, potřeboval prý s mnoha věcmi pomáhat. Přál si, aby vše, o čem hovořil, se dozvěděla také lékařka kvůli tomu, že by mu mohla se vším pomoci. Při kontaktu byl přátelský, komunikativní, snažil se zjistit, co užitečného pro něho kdo může udělat. Stěžoval si, že mu invalidní důchod nebyl vyplácen najednou, ale po částech. Mezi jeho zájmy patřily ženy a sport. Důvěrně sděloval, že si rád kupoval erotické časopisy a občas zašel do nightclubu. Velmi by si přál seznámit se s dívkou, alespoň najít kamarádku. K plnému invalidnímu důchodu by stál ještě o nějakou brigádu, aby si finančně přilepšil. Jirka měl rozpaky ohledně kontaktu na významného druhého. Matce prý tolik nedůvěřoval. Vzpomněl si na strýce s tetou, ty měl rád a měl k nim důvěru.

Kontakt se strýcem a tetou proběhl u nich v bytě, oba byli vstřícní. Dle jejich názoru Jirka „nepocházel z příliš dobré rodiny“. Vyjádřili se, že „toho o Jirkovi zase tolik nevědí“. Překvapilo je, že jako významné druhé uvedl právě je. Jirka se prý občas stavil na návštěvu a oni byli na něho milí, ale pravidelně se nestýkali.

Po několika dnech Jirka realizátorce telefonoval, zda-li by nemohla ovlivnit způsob, jakým mu byl vyplácen invalidní důchod (přál si mít k dispozici více peněz).

Druhý kontakt proběhl telefonicky se strýcem, Jirku se nepodařilo kontaktovat¹⁷. V té době byl Jirka dva týdny po propuštění z léčebny, hospitalizace trvala tři měsíce. Strýc několikrát Jirku v léčebně navštívil, ale od propuštění s ním nemluvil. Jirka měl zkušenosti s pracovní rehabilitací a denním stacionářem. Strýc se o typ a kvalitu péče, kterou Jirka dostával, nikdy blíže nezajímal a neměl prý v této oblasti přehled. S Jirkou se na toto téma většinou nebavil, domníval se, že to byla kompetence především jeho matky.

¹⁷ Jako osobní kontakt Jirka uvedl pouze adresu bydliště, telefon neměl.

6.1.18. Martina

Martina měla dlouhé blond vlasy a silnou středně vysokou postavu. Bylo jí dvacet pět let a v léčebně jí diagnostikovali akutní polymorfni psychotickou poruchu s příznaky schizofrenie.

Nemoc se u Martiny projevila v souvislosti s porodem. V těhotenství byla velmi citlivá. Krátce po porodu se začala chovat podivně, mluvila nesouvisle, vyhazovala věci ze skříní a měla pocit, že se tam někdo schovával. Manžel zavolal rychlou záchrannou službu a byla převezena do psychiatrické léčebny. Za několik dní po nasazení medikace se její stav stabilizoval. V minulosti se jí nic podobného nepříhodovalo.

Martina byla vyučená prodavačka, v oboru pracovala před nástupem na mateřskou dovolenou několik let. Svě zaměstnání měla ráda. Byla dva roky vdaná a s manželem měli harmonický vztah. Eydleli zatím u jejích rodičů.

První kontakt s Martinou proběhl krátce před propuštěním. V kontaktu byla optimistická a vstřícná, inteligenčně se pravděpodobně nacházela mírně pod průměrem. Jako svého významného druhého uvedla bez zdráhání manžela. S péčí v léčebně byla spokojená. Její největší starostí bylo bydlení, neboť u rodičů neměli s manželem dostatek soukromí. Plánovali se co nejdříve odstěhovat do Třeboně, kde kupovali rodinný domek. V přístupu k nemoci byla Martina optimistická. Lékařka jí prý vysvětlila, že pomocí vhodné medikace lze zabezpečit, aby se při dalším těhotenství psychotická ataka neopakovala. Rozuměla, že nějaký čas by měla ještě užívat medikaci a navštěvovat lékaře. Očekávala, že se brzy její zdravotní stav zcela stabilizuje. O žádný další druh následné péče neměla zájem, potřebovala prý jen domů za svou dcerou.

Kontakt s manželem proběhl v areálu léčebny. Manžel byl vstřícný, v pohledu na onemocnění své ženy optimistický. Během její hospitalizace pečoval o měsíční dceru a každý den Martinu s miminkem navštěvoval. Věřil, že by již během několika dní mohla jako matka plně fungovat. Manžel pracoval u bezpečnostní agentury.

Druhý kontakt proběhl s Martinou telefonicky. S manželem se přestěhovali do Třeboně a vedli vlastní domácnost. Martina byla spokojená, navštěvovala jednou za čtrnáct dní psychiatrickou ambulanci a užívala nízkou dávku medikace, kterou dále snižovala. Kontakt s lékařem trval okolo patnácti minut.

6.1.19. Jana

Jana byla středně vysoká, měla delší mahagonově barvené vlasy a nenápadný piercing v nose. Bylo jí dvacet čtyři let a v léčebně jí diagnostikovali paranoidní schizofrenii.

Janě se nemoc začala projevovat před čtyřmi lety, v souvislosti se zneužíváním pervitinu a marihuany. Měla sluchové halucinace a trpěla představou, že ji někdo pronásledoval. Po první hospitalizaci navštěvovala psychiatrickou ambulanci a využívala pracovní rehabilitaci. Podruhé se nechala hospitalizovat

dobrovolně v souvislosti se stavy nezvladatelné úzkosti a deprese. Jana pila ve škodlivé míře alkohol a příležitostně kouřila marihuanu.

Janiny rodiče se rozvedli, ona bydlela s otcem. Přála si osamostatnit se, s otcem a jeho přítelkyní mívala konflikty. Jana pobírala invalidní důchod a byla v projektu chráněného zaměstnání jako prodavačka. Ráda kreslila. Krátce před druhou hospitalizací se rozešla s přítelem, jejich vztah trval dva roky. Před rozchodem otěhotněla a podstoupila v léčebně na své přání interrupci. Na otevřeném oddělení akutní péče se sblížila s chlapcem, který trpěl paranoidní schizofrenií¹⁸.

Při prvním kontaktu byla Jana vstřícná. Chvíli se zdráhala uvést významného druhého, ale potom zvolila svého bývalého přítele. Ten ji prý dobře znal a i přes rozchod zůstali přátelé. Jana měla na své onemocnění náhled, nebýt diagnózy schizofrenie by si přála založit rodinu.

Kontakt s bývalým přítelem proběhl v areálu léčebny, když vracel Janě věci, které měla u něho doma. Souhlasil s účastí v šetření, v kontaktu byl formální a mírně distancovaný. Vyjádřil se kriticky k Janině spotřebě alkoholu.¹⁹

Ošetřující lékařka v léčebně zpochybnila Janinu diagnózu paranoidní schizofrenie. Domnívala se, že psychotická ataka při první hospitalizaci mohla být vyvolána zneužíváním psychotropních látek. Změnit diagnózu v Janině případě by vyžadovalo mnoho nových vyšetření a pravděpodobně rozhodnutí soudního znalce.

Druhý kontakt proběhl telefonicky s Janou. Bydlela stále s otcem a čtyři hodiny denně prodávala v novinovém stánku v rámci pracovní rehabilitace. Jednou za čtrnáct dní navštěvovala psychiatrickou ambulanci, kontakt s lékařem netrval déle než patnáct minut. Měla zájem o psychoterapii, ale necítila potřebu pravidelných sezení, spíše dle aktuální potřeby si přála s někým popovídat. Vidala se s přítelem, s kterým se seznámila v léčebně. Jejich vztah byl nestabilní, často měli konflikty.

6.1.20. Karel

Karel měl drobnou postavu, hnědé vlasy a citlivou pleť s ekzémem v obličejí. Bylo mu dvacet tři let a trpěl schizoafektivní poruchou.

V léčebně byl hospitalizován poprvé, přivezl ho otec. Karel v posledních dvou měsících měl bludné myšlení a choval se podivně. Zneužíval příležitostně pervitin, marihuanu a alkohol.

Již více než rok byl nezaměstnaný. Naposledy byl zaměstnán jako pouliční uklízeč. Karel žil v pronajatém bytě se svou o rok starší sestrou. Přítelkyni neměl, ale před začátkem nemoci byl ve vztahu, který trval dva roky.

¹⁸ Vzhledem k tomu, že pravidla léčby na oddělení vylučovaly intimní kontakt mezi pacienty, byl Janin přítel přeložen na jiné oddělení.

¹⁹ Ošetřující lékařka kritizovala bývalého přítele, který se stavěl k Janinu těhotenství značně pasivně a bez jakékoliv zodpovědnosti.

Při prvním kontaktu byl Karel uzavřený a v komunikaci poněkud zdráhavý, ovšem bez paranoidních projevů. Jako významného druhého uvedl svou sestru, která pracovala jako kadeřnice.

Sestru se na uvedené adrese osobně nepodařilo zastihnout, ani formou korespondence nereagovala. Stejným způsobem se nepodařilo uskutečnit ani druhý kontakt s Karlem.²⁰

6.2. VYHODNOCENÍ POTŘEB JEDNOTLIVÝCH PACIENTŮ

Potřeby jednotlivých pacientů byly vyhodnoceny na základě informací, které byly získány z dotazníků administrovaných v prvním kole šetření. Každý pacient měl minimálně tři informační zdroje. Ve všech případech byl dotazován pacient, lékař a psychosociální pracovník. V šestnácti z dvaceti případů byl dotázán rovněž významný druhý. Dotazníky pro jednotlivé informační zdroje zjišťovaly analogická data vztahující se ke konkrétní potřebě v oblasti osamostatnění se od primární rodiny, partnerského vztahu a realizace. Otázky zjišťující u pacienta, zda-li něco „chce“, byly považovány za rovnocenné otázkám zjišťujícím, zda-li lékař, významný druhý či psychosociální pracovník něco „doporučuje“. 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. Data, která se objevila v dotaznících, byla doplněna informacemi získanými v nestandardizovaných rozhovorech, které se odehrávaly paralelně s vyplňováním dotazníku.

6.2.1. Filip

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

Filipovi bylo třicet dva let a byla mu diagnostikována paranoidní schizofrenie. Byl podruhé hospitalizován na psychiatrii.

Filip bydlel převážně sám, ale v době dekompenzace s ním přechodně bydlela jeho matka. Neměl partnerku. Byl nezaměstnaný.

Filip potřeboval mít spolubydličiho - nebylo pro něho vhodné, aby žil sám. Prospívalo by mu vykonávat pravidelně domácí práce. Na vedení domácnosti si přál finančně přispívat třemi čtvrtinami až polovinou svého příjmu. Mělo by mu být umožněno, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

Filip velmi stál o to, aby si mohl hledat partnerku. V tomto ohledu by mu prospělo více příležitostí pro seznámení se s dívkami. Bylo pro něho také důležité, aby mohl udržovat a

²⁰ Poté, co sestra opakovaně nebyla zastihnuta na adrese, byl zaslán dotazník s průvodním dopisem a ofrankovanou obálkou.

posilovat vztahy s přáteli, popř. mít možnost hledat si nové přátele.

Filipovi velmi záleželo na tom, aby si našel zaměstnání, nejlépe v oblasti administrativy nebo služeb. V případě obtíží se zvládáním pracovního procesu by pro něho byl vhodný projekt chráněného zaměstnání. Pro Filipa by bylo optimální pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky a být v pracovní pozici podřízeného.

Filipovi 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).

6.2.2. Radek

Souhrn Radkových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Radek, jeho matka, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

Radkovi bylo dvacet jedna let a byla mu diagnostikována akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie. Byl poprvé hospitalizován na psychiatrii.

Radek bydlel s rodiči. Neměl partnerku. Byl nezaměstnaný.

Pro Radka bylo vhodné zůstat zatím bydlet s rodiči. V případě, že by se přesto od nich osamostatnil, by měl mít spolubydličího (rozhodně by neměl žít sám). Prospívalo by mu vykonávat pravidelně domácí práce. Do rodinného rozpočtu by bylo přiměřené, aby finančně přispíval polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Mělo by mu být umožněno, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

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

Radek si přál najít si zaměstnání ve svém oboru (zedník) či v jiné oblasti výroby nebo služeb. V případě obtíží se zvládáním pracovního procesu by pro něho byl vhodný projekt chráněného zaměstnání. Pro Radka by bylo optimální pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky a být v pracovní pozici podřízeného.

Radkovi 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).

6.2.3. Boris

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 spolubydličího (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).

6.2.4. Monika

Souhrn Moničiných psychosociálních potřeb byl složen ze tří informačních zdrojů. Těmi byli Monika, ošetřující lékař v léčebně a psychosociální pracovník.

Monice bylo dvacet tři let a byla jí diagnostikována akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie. Byla poprvé hospitalizována na psychiatrii.

Monika bydlela s otcem. Neměla partnera. Studovala vyšší odbornou školu.

Pro Moniku bylo vhodné zůstat zatím bydlet s otcem. Před Moničinou hospitalizací byl v rodině návrh, že otec by bydlel se svou přítelkyní a Monika s dcerou otcovy přítelkyně v jiném bytě. V případě, že by se tedy Monika od otce osamostatnila, určitě by měla mít spolubydličího (rozhodně by neměla žít sama). Prospívalo by jí vykonávat pravidelně domácí práce. Bylo by postačující, aby na vedení domácnosti přispívala méně než čtvrtinou svého příjmu. Mělo by jí být umožněno, aby se pravidelně podílela na rozhodování o vedení domácnosti.

Monice záleželo na tom, aby v budoucnu mohla navázat partnerský vztah. V této souvislosti by uvítala více příležitostí pro seznámení se s chlapci. Aby se necítila osamocena, bylo vhodné, aby mohla udržovat a posilovat vztahy s přáteli, popř. mít možnost hledat si nové přátele.

Pro Moniku bylo důležité, aby mohla pokračovat ve studiu. Mělo by jí být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměla by se nudit, vhodné by bylo najít zdravý způsob trávení volného času, kde by se mohla realizovat.

6.2.5. Gustav

Souhrn Gustavových psychosociálních potřeb byl složen ze tří informačních zdrojů. Těmi byli Gustav, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

Gustavovi bylo dvacet šest let a byla mu diagnostikována schizofrenie. Byl počtvrté hospitalizován na psychiatrii.

Gustav bydlel s otcem. Neměl partnerku. Byl nezaměstnaný a pobíral invalidní důchod.

Gustav si přál zůstat zatím bydlet s otcem. Prospívalo by mu vykonávat pravidelně domácí práce. Bylo by přiměřené, aby finančně přispíval na vedení domácnosti čtvrtinou až polovinou svého příjmu. Mělo by mu být umožněno, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

Gustav si přál najít si přítelkyni. 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.

Vzhledem k tomu, že Gustav měl přerušeno studium vysoké školy (přírodovědecká fakulta UK), bylo mu doporučeno vynasnažit se studium dokončit. V jiném případě by mu prospělo, aby si hledal zaměstnání alespoň na částečný úvazek, nejlépe v oboru učitelství nebo služeb. Pokud by se to nedařilo, byl by pro Gustava vhodný projekt chráněného zaměstnání. Gustavovi by vyhovovalo pracovat sám a přicházet v práci denně do kontaktu s lidmi, popřípadě pracovat v týmu spolupracovníků. Bylo by vhodné, aby byl v pracovní pozici podřízeného, ale lze uvažovat i o střední pozici.

Gustavovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám.

6.2.6. Roman

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

Romanovi bylo dvacet tři let a byla mu diagnostikována schizofrenie. Byl poprvé hospitalizován na psychiatrii.

Roman bydlel s matkou a bratrem. Neměl partnerku. Byl nezaměstnaný.

Roman si přál zůstat zatím bydlet s matkou. Vzhledem k sociální situaci rodiny by byl pro Romana vhodný také projekt chráněného bydlení. Roman by měl pravidelně vykonávat domácí práce. Bylo by přiměřené, aby na vedení domácnosti finančně přispíval polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Mělo by mu být

umožněno, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

Romanovi záleželo na tom, aby si mohl hledat partnerku. V tomto ohledu by mu prospělo více příležitostí pro seznámení se s dívkami. Aby se necítil osamocen, bylo důležité, aby mohl udržovat a posilovat vztahy s přáteli a mít možnost hledat si nové přátele.

Roman by měl být podporován v tom, aby si hledal zaměstnání v oblasti výroby nebo služeb. Pokud by nezvládal pracovní proces, bylo by vhodné, aby využíval projekt chráněného zaměstnání. Pro Romana by bylo snadnější pracovat sám, ale přicházet v práci do kontaktu s lidmi, popřípadě pracovat v týmu spolupracovníků. Bylo by optimální, aby byl v pracovní pozici podřízeného. Přál by si také pokračovat ve vzdělávání.

Romanovi by mělo být umožněno věnovat se pravidelně svým zálibám. Měl by být podporován v tom, aby trávil volný čas zdravějším způsobem než dosud (minimalizovat zneužívání návykových látek, agresivní počítačové hry a agresivní hudbu).

6.2.7. Evžen

Souhrn Evženových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Evžen, jeho matka, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

Evženovi bylo dvacet dva let a byla mu diagnostikována paranoidní schizofrenie. Byl počtvrté hospitalizován na psychiatrii.

Evžen bydlel s rodiči. Neměl partnerku. Studoval vysokou školu, obor politologie.

Pro Evžena bylo optimální zůstat zatím bydlet s rodiči. Měl by být veden k tomu, aby pravidelně vykonával domácí práce. Bylo by postačující, aby rodičům finančně přispíval na vedení domácnosti méně než čtvrtinou svého příjmu. Mělo by mu být umožněno, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

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

Pro Evžena bylo důležité, aby mohl pokračovat ve vysokoškolském studiu.

Evženovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměl by se nudit, vhodné by bylo najít zdravý způsob trávení volného času, aby se mohl realizovat.

6.2.8. Standa

Souhrn Standových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Standa, jeho matka, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

Standovi bylo třicet let a byla mu diagnostikována schizofrenie. Byl podruhé hospitalizován na psychiatrii.

Standa bydlel s rodiči. Neměl partnerku. Byl nezaměstnaný.

Pro Standu bylo vhodné zůstat zatím bydlet s rodiči. Připadal by v úvahu také projekt chráněného bydlení. Prospívalo by mu vykonávat pravidelné domácí práce. Bylo by přiměřené, aby rodičům finančně přispíval na vedení domácnosti polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Mělo by mu být umožněno, aby se pravidelně či občas podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

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

Standa si přál najít si zaměstnání v oblasti výroby nebo služeb. V případě obtíží se zvládáním pracovního procesu by pro něho byl vhodný projekt chráněného zaměstnání. Pro Standu by bylo prospívající pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky, popřípadě pracovat v týmu spolupracovníků. Měl by být v pracovní pozici podřízeného. Přál by si také pokračovat ve vzdělávání.

Standovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměl by se nudit, bylo by vhodné, aby více rozvíjel své nadání, např. v oblasti hudby či kresby.

6.2.9. Aleš

Souhrn Alešových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Aleš, jeho přítelkyně, ošetřující lékař v léčebně a psychosociální pracovník.

Alešovi bylo dvacet šest let a byla mu diagnostikována schizoafektivní porucha. Byl počtvrté hospitalizován na psychiatrii.

Aleš bydlel ve vlastním bytě v domě, který vlastnila jeho babička (měla tam byt také jeho matka). Měl přítelkyni. Měl zaměstnání na částečný úvazek, staral se o úklid domu.

Pro Aleše bylo optimální zůstat bydlet ve svém bytě. Prospívalo by mu vykonávat pravidelně domácí práce. Bylo by přiměřené, aby finančně přispíval na vedení domácnosti třemi čtvrtinami až polovinou svého příjmu. Bylo by vhodné, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

Alešovi velmi záleželo na vztahu se svou přítelkyní. Měl by být podporován v tom, aby se mu dařilo udržet a stabilizovat partnerský vztah. V případě, že by došlo ze strany přítelkyně k ukončení vztahu, měl by mít příležitosti pro seznámení se s jinými dívkami. V tom případě by bylo také důležité, aby mohl

udržovat a posilovat vztahy s přáteli, popř. mít možnost hledat si nové přátele.

Aleš si přál změnit typ zaměstnání. Přál si pracovat v oblasti služeb, zvláště v oboru svého vyučení jako elektrikář. V případě obtíží se zvládáním pracovního procesu by pro něho byl vhodný projekt chráněného zaměstnání. Alešovi by vyhovovalo pracovat sám, ale přicházet v práci denně do kontaktu s lidmi, popřípadě pracovat v týmu spolupracovníků. Měl by být v pracovní pozici podřízeného. Přál by si také pokračovat ve vzdělávání, jeho cílem bylo složit maturitu.

Alešovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám.

6.2.10. Zdena

Souhrn Zdeniných psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Zdena, její manžel, ošetřující lékař v léčebně a psychosociální pracovník.

Zdeně bylo třicet let a byla jí diagnostikována těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky. Byla poprvé hospitalizována na psychiatrii.

Zdena byla vdaná, bezdětná. Bydlela s manželem ve vlastním domku nedaleko Prahy. Byla nezaměstnaná.

Pro Zdenu bylo optimální zůstat bydlet s manželem. Měla by být podporována v tom, aby pravidelně vykonávala domácí práce. Bylo postačující, aby finančně přispívala na vedení domácnosti polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Měla by se pravidelně podílet na rozhodování o vedení domácnosti.

Zdeně velmi záleželo na svém manželství a bylo důležité, aby se mohla maximálně vynasnažit udržet kvalitu partnerského vztahu. Zdena si přála založit rodinu a vychovávat dítě.

Zdena by měla být podporována v tom, aby si našla zaměstnání. Velmi by si přála pracovat v oblasti umělecké výroby. V případě obtíží se zvládáním pracovního procesu by pro ni byl vhodný projekt chráněného zaměstnání. Zdeně by vyhovovalo pracovat sama, ale přicházet v práci denně do kontaktu s lidmi. Měla by být v pracovní pozici podřízené. Přála si také pokračovat ve vzdělávání.

Zdeně by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměla by se nudit, bylo by vhodné ji vést k rozvíjení svého nadání, např. v oblasti kresby.

6.2.11. Norbert

Souhrn Norbertových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Norbert, jeho přítel, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

Norbertovi bylo dvacet jedna let a byla mu diagnostikována akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie. Byl poprvé hospitalizován na psychiatrii.

Norbert bydlel s rodiči. Neměl partnerku. Byl nezaměstnaný.

Pro Norberta bylo vhodné zůstat zatím bydlet s rodiči. V případě, že by se přesto od nich osamostatnil, měl by mít spolubydličího (rozhodně by neměl žít sám). Prospívalo by mu vykonávat pravidelně domácí práce. Do rodinného rozpočtu by bylo přiměřené, aby finančně přispíval polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Mělo by mu být umožněno, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

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

Norbert si přál najít si zaměstnání v oblasti služeb - rád by pomáhal lidem. V případě obtíží se zvládnutím pracovního procesu by pro něho byl vhodný projekt chráněného zaměstnání. Pro Norberta by bylo optimální pracovat v týmu spolupracovníků a být v pracovní pozici podřízeného. Přál si také pokračovat ve vzdělávání.

Norbertovi 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).

6.2.12. Patrik

Souhrn Patrikových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Patrik, jeho přítel, ošetřující lékař v léčebně a psychosociální pracovník.

Patrikovi bylo dvacet sedm let a byla mu diagnostikována schizoafektivní porucha. Byl počtvrté hospitalizován na psychiatrii.

Patrik bydlel ve vlastním bytě, ačkoliv v době dekompenzace pobýval často v bytě své matky a sourozenců. Neměl přítelkyni. Byl bez zaměstnání, pobíral invalidní důchod.

Pro Patrika bylo optimální zůstat bydlet ve svém bytě, byl schopen vést sám domácnost. Prospívalo by mu vykonávat pravidelně domácí práce. Vzhledem k tomu, že byl dobře finančně zajištěn, mohl přispívat na vedení domácnosti více než třemi čtvrtinami svého příjmu. Bylo na místě, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

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

Patrik stál o to, aby si mohl hledat zaměstnání v oblasti služeb. V případě, že by mu činilo problémy zvládnutí pracovní proces, by byl pro něho vhodný projekt chráněného zaměstnání. Patrik si přál pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky. Bylo vhodné, aby byl v pracovní pozici podřízeného. Přál by si také pokračovat ve vzdělávání.

Patrikovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám.

6.2.13. Irena

Souhrn Ireniných psychosociálních potřeb byl složen ze tří informačních zdrojů. Těmi byli Irena, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

Ireně bylo dvacet pět let a byla jí diagnostikována akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie. Byla poprvé hospitalizována na psychiatrii.

Irena bydlela ve vlastním bytě. Neměla partnera. Byla nezaměstnaná.

Pro Irenu bylo možné zůstat bydlet ve svém bytě, pokud by měla spolubydliciho. Byl by pro ni vhodný rovněž projekt chráněného bydlení. Prospívalo by jí vykonávat pravidelně domácí práce. Bylo by přiměřené, aby na vedení domácnosti finančně přispívala polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Bylo vhodné, aby se pravidelně podílela na rozhodování o vedení domácnosti.

Ireně bylo doporučeno hledat si partnera, ačkoliv její vlastní zájem nebyl výrazný. Prospělo by jí více příležitostí pro seznámení se s muži. Aby se necítila osamocena, bylo důležité, aby mohla udržovat a posilovat vztahy s přáteli, popř. mít možnost hledat si nové přátele.

Ireně byl doporučen projekt chráněného zaměstnání.

Ireně mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměla by se nudit, vhodné by bylo, aby trávila volný čas aktivním způsobem a mohla se v nějaké oblasti realizovat.

6.2.14. Richard

Souhrn Richardových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Richard, jeho matka, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

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

Richard bydlel s matkou. Neměl partnerku. Byl nezaměstnaný.

Richardovi vyhovovalo bydlet s matkou a nepřál si to měnit. Vzhledem k tomu, že pro matku bylo soužití se synem velmi náročné, byl by pro Richarda vhodný také projekt chráněného bydlení. Prospívalo by mu vykonávat pravidelně domácí práce. Bylo by přiměřené, aby na vedení domácnosti finančně přispíval polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Mělo by mu být umožněno, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

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

Richard si přál najít si zaměstnání, ale v poslední době mu činilo obtíže zvládat pracovní proces. Byl by pro něho vhodný projekt chráněného zaměstnání. Přál by si pracovat v oblasti služeb. Pokud by byl Richard zařazen v projektu chráněného zaměstnání, bylo by pro něho prospívající pracovat v týmu spolupracovníků. V běžném zaměstnání by pro něho bylo snadnější pracovat sám a přicházet v práci denně do kontaktu s lidmi. Měl by být v pracovní pozici podřízeného. Přál by si také pokračovat ve vzdělávání - dokončit hotelovou školu.

Richardovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměl by se nudit, bylo by vhodné ho vést k rozvíjení svého nadání, např. v oblasti kresby.

6.2.15. Barbora

Souhrn Barbořiných psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Barbora, její přítel, ošetřující lékař v léčebně a psychosociální pracovník.

Barboře bylo dvacet pět let a byla jí diagnostikována schizoafektivní porucha. Byla poprvé hospitalizována na psychiatrii.

Barbora měla přítele. Žila v pronajatém bytě s partnerem a svou sestrou. Byla nezaměstnaná.

Pro Barboru bylo optimální zůstat bydlet s přítelem. Oba si přáli vést vlastní domácnost a mít více soukromí. Barbora by měla být vedena k tomu, aby pravidelně vykonávala domácí práce. Bylo postačující, aby finančně přispívala na vedení domácnosti polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Měla by se pravidelně podílet na rozhodování o vedení domácnosti.

Barbora, stejně jako její přítel, prožívala partnerský vztah jako vřelý a vzájemně respektující. Bylo důležité, aby se mohla maximálně vynasnažit udržet kvalitu partnerského vztahu.

Barbora měla velký zájem hledat si zaměstnání ve svém oboru jako zdravotní sestra. V případě obtíží se zvládáním pracovního procesu by pro ni byl vhodný projekt chráněného zaměstnání. Barboře by prospělo pracovat v týmu spolupracovníků. Měla by být v pracovní pozici podřízené nebo střední pozici. Přála si také pokračovat ve vzdělávání.

Barboře by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměla by se nudit, měla by být podporována v realizaci svých zájmů, např. o literaturu, kreslení, kinologii.

6.2.16. David

Souhrn Davidových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli David, jeho manželka, ošetřující lékař v léčebně a psychosociální pracovník.

Davidovi bylo dvacet šest let a byla mu diagnostikována bludová porucha. Byl podruhé hospitalizován na psychiatrii.

David byl ženatý a vychovával nevlastní pětiletou dceru. Bydlel se ženou v pronajatém bytě. Byl zaměstnaný jako pouliční uklízeč.

David si přál žít se svou ženou, ale považoval za nezbytné hledat byt s nižším nájmem. Vzhledem k tomu, že pomáhal s výchovou dcery, postačovalo, aby domácí práce vykonával občas. Bylo přiměřené, aby na vedení domácnosti finančně přispíval polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Měl by se pravidelně podílet na rozhodování o vedení domácnosti.

Davidovi velmi záleželo na vztahu se svou ženou, který oba hodnotili jako nestabilní. David by měl být podporován v tom, aby se mu dařilo udržet a stabilizovat manželský vztah.

David velmi stál o zaměstnání, ale ve své současné práci se cítil nespokojen. Přál si hledat jiné zaměstnání, nejlépe v oblasti služeb nebo administrativy. Davidovi by vyhovovalo pracovat v týmu spolupracovníků nebo sám a přicházet v práci denně do kontaktu s lidmi. Měl by být v pracovní pozici podřízeného, mohl by zkusit i střední pozici. Přál by si také pokračovat ve vzdělávání.

Davidovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměl by se nudit, měl by mít příležitost se v nějaké oblasti realizovat.

6.2.17. Jirka

Souhrn Jirkových psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Jirka, jeho strýc, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

Jirkovi bylo dvacet osm let a byla mu diagnostikována paranoidní schizofrenie. Byl počtvrté hospitalizován na psychiatrii.

Jirka bydlel sám, ale v době dekompenzace s ním přechodně bydlela matka. Neměl partnerku. Pobíral invalidní důchod a byl bez zaměstnání.

Pro Jirku by byl vhodný projekt chráněného bydlení. V jiném případě by bylo prospěšné, aby měl spolubydličiho a nežil úplně sám. Měl by být veden k tomu, aby pravidelně vykonával domácí práce. Bylo by přiměřené, aby na vedení domácnosti finančně přispíval polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Mělo by mu být umožněno, aby se pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

Jirkovi velmi záleželo na tom, aby si mohl hledat partnerku. Přál by si více příležitostí pro seznámení se s dívkami. Bylo také důležité, aby mohl udržovat a posilovat vztahy s přáteli a mít možnost hledat si nové přátele.

Jirka si přál mít vedle invalidního důchodu ještě drobný příjem. Byl by pro něho optimální projekt chráněného zaměstnání. Měl by zájem zkusit na částečný úvazek i nějaké méně náročné zaměstnání. Bavilo by ho pracovat v oblasti služeb. Jirkovi by vyhovovalo pracovat v kolektivu maximálně se dvěma spolupracovníky

a být v pracovní pozici podřízeného. Přál si také pokračovat ve vzdělávání.

Jirkovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměl by se nudit, vhodné by bylo najít konstruktivnější způsob trávení volného času. Prospělo by mu omezit škodlivé užívání marihuany a alkoholu.

6.2.18. Martina

Souhrn Martininých psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Martina, její manžel, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

Martině bylo dvacet pět let a byla jí diagnostikována akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie. Byla poprvé hospitalizována na psychiatrii.

Martina byla vdaná, před měsícem porodila miminko. Bydlela s manželem v bytě u rodičů. Byla zaměstnaná, momentálně na mateřské dovolené.

Martině velmi záleželo na tom, aby se mohli s manželem co nejdříve odstěhovat od jejích rodičů, s kterými sdíleli nedostatečně prostorný byt. Přála si mít s manželem více soukromí a vést vlastní domácnost. Martina byla schopná pravidelně vykonávat domácí práce. Bylo přiměřené, aby finančně přispívala na vedení domácnosti polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Měla by se pravidelně podílet na rozhodování o vedení domácnosti.

Martina měla vřelý a vzájemně respektující vztah s manželem. Bylo důležité, aby mohla udržet kvalitu partnerského vztahu a vytvářet bezpečné rodinné zázemí pro své dítě.

Martina by měla být maximálně podporována v tom, aby zvládala péči o dítě. Ve svém zaměstnání prodavačky byla spokojená a přála si ho udržet.

Martině by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám.

6.2.19. Jana

Souhrn Janiných psychosociálních potřeb byl složen ze čtyř informačních zdrojů. Těmi byli Jana, její přítel, ošetřující lékařka v léčebně a psychosociální pracovník.

Janě bylo dvacet čtyři let a byla jí diagnostikována paranoidní schizofrenie. Byla potřetí hospitalizována na psychiatrii.

Jana bydlela v bytě se svým otcem a jeho přítelkyní. Nedávno se s ní rozešel přítel, ale velmi rychle se sblížila s jiným. Pobírala invalidní důchod a byla v projektu chráněného zaměstnání, prodávala v obchodě.

Jana by si přála osamostatnit se od otce. Měla zájem o projekt chráněného bydlení, s kterým již měla zkušenosti. Měla by být vedena k tomu, aby pravidelně vykonávala domácí práce. Bylo postačující, aby finančně přispívala na vedení domácnosti

polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Měla by se pravidelně podílet na rozhodování o vedení domácnosti.

Pro Janu byl velmi důležitý partnerský vztah. Měla by být podporována v tom, aby se jí dařilo udržet kvalitu partnerského vztahu. Stála o to zkusit žít s přítelem ve společné domácnosti.

Janě záleželo na tom, aby si udržela chráněné zaměstnání. Vyhovovalo jí pracovat v oblasti služeb. Bylo prospívající, aby pracovala sama, ale byla v práci v kontaktu s lidmi, nebo pracovala v týmu spolupracovníků. Byla spokojená v pracovní pozici podřízené. Přála si také pokračovat ve vzdělávání.

Janě by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Měla by trávit volný čas zdravějším způsobem než dosud, zejména by měla omezit konzumaci alkoholu a marihuany.

6.2.20. Karel

Souhrn Karlových psychosociálních potřeb byl složen ze tří informačních zdrojů. Těmi byli Karel, ošetřující lékař v léčebně a psychosociální pracovník.

Karlovi bylo dvacet tři let a byla mu diagnostikována schizoafektivní porucha. Byl poprvé hospitalizován na psychiatrii.

Karel bydlel v pronajatém bytě se svou sestrou. Neměl partnerku. Byl nezaměstnaný.

Karel si přál zůstat zatím bydlet se svou sestrou. Měl by být veden k tomu, aby pravidelně vykonával domácí práce. Bylo by přiměřené, aby finančně přispíval na vedení domácnosti polovinou až čtvrtinou svého příjmu. Prospívalo by mu, aby se nadále pravidelně podílel na rozhodování o vedení domácnosti.

Karel měl zájem hledat si partnerku. Uvítal by více příležitostí pro seznámení se s dívkami. Bylo také důležité, aby mohl udržovat a posilovat vztahy s přáteli a mít možnost hledat si nové přátele.

Karel si přál hledat zaměstnání, nejlépe v oblasti služeb. V případě obtíží se zvládáním pracovního procesu by pro něho byl vhodný projekt chráněného zaměstnání. Vyhovovalo by mu pracovat v týmu spolupracovníků a být v pracovní pozici podřízeného.

Karlovi by mělo být umožněno pravidelně se věnovat svým zálibám. Neměl by se nudit, měl by trávit volný čas konstruktivnějším způsobem (zejména omezit užívání psychotropních látek).

6.3. SOUHRNNÉ VYHODNOCENÍ POTŘEB PACIENTŮ

Na tomto místě jsem se pokusila souhrnně vyhodnotit výše zmiňované psychosociální potřeby dvaceti pacientů, které jsem zjišťovala během prvního kola šetření. 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*. Potřeby jednotlivých pacientů jsem zjišťovala alespoň ze tří, častěji však ze čtyř informačních zdrojů: pacient, lékař, psychosociální pracovník a významný druhý. Dotazníky pro jednotlivé informační zdroje sbíraly analogická data. Otázky zjišťující u pacienta, zda-li něco „chce“, byly považovány za rovnocenné otázkám zjišťujícím, zda-li lékař, významný druhý či psychosociální pracovník něco „doporučuje“. Potřeba byla zaznamenána tehdy, pokud ji označila nadpoloviční většina informačních zdrojů (tj. 3 z 4 nebo 2 z 3). Pokud se vyskytl u potřeby poměr 2:2, byly označeny obě varianty. Data, která se objevila v dotaznících, byla doplněna informacemi získanými v nestandardizovaných rozhovorech, které se odehrávaly paralelně s vyplňováním dotazníku.

6.3.1. Osamostatnění se od primární rodiny

1. typ: osamostatněn od primární rodiny

10 z 20 (50%)²¹ pacientů nebydlelo s rodiči²².

8 z 10 osamostatněných pacientů bylo doporučeno zachovat současné bydlení, 2 z 10 osamostatněných pacientů bylo doporučeno hledat jiné místo k bydlení (s nižším nájmem či větším soukromím).

8 z 10 osamostatněných pacientů bylo doporučeno mít spolubydliciho, 2 z 10 pacientů bylo doporučeno zůstat bydlet sami.

9 z 10 osamostatněných pacientů bylo doporučeno vykonávat pravidelně domácí práce, 1 z 10 pacientů bylo doporučeno vykonávat domácí práce občas.

7 z 10 osamostatněných pacientů bylo doporučeno finančně přispívat na vedení domácnosti čtvrtinou až polovinou svého příjmu, 2 z 10 pacientů bylo doporučeno přispívat třemi čtvrtinami až polovinou svého příjmu, 1 z 10 pacientů bylo doporučeno přispívat více než třemi čtvrtinami svého příjmu.

Všem (10) osamostatněným pacientům bylo doporučeno pravidelně se podílet na rozhodování o vedení domácnosti.

Žádnému osamostatněnému pacientovi nebyl doporučen projekt chráněného bydlení.

2. typ: neosamostatněn od primární rodiny

10 z 20 (50%) pacientů bydlelo s někým z rodičů, popř. s oběma rodiči.

9 z 10 pacientů bydlících s rodiči bylo doporučeno zůstat zatím bydlet s rodiči.

²¹ Vedle absolutní četnosti uvádím také v závorce procentuální zastoupení. Jsem si vědoma, že procentuální údaje mají vzhledem k zastoupení jednotlivých kategorií nízkou výpovědní hodnotu. Údaj má sloužit pouze pro snadnější orientaci v datech absolutních četností.

²² V několika případech měl pacient vlastní byt, ve kterém bydlel v době kompenzace nemoci sam, ale při zhoršení symptomů s ním přechodně bydlela matka.

Všem (10) pacientům bydlícím s rodiči bylo doporučeno nebydlet sami, ale mít spolubydliciho.

4 z 10 pacientů bydlících s rodiči byl doporučen projekt chráněného bydlení.

1 z 10 pacientů bydlících s rodiči bylo doporučeno osamostatnit se.

Všem (10) pacientům bydlícím s rodiči bylo doporučeno vykonávat pravidelně domácí práce.

7 z 10 pacientů bydlících s rodiči bylo doporučeno finančně přispívat na vedení domácnosti polovinou až čtvrtinou svého příjmu, 3 z 10 pacientů bylo doporučeno finančně přispívat na vedení domácnosti méně než čtvrtinou svého příjmu.

Všem (10) pacientům bydlícím s rodiči bylo doporučeno podílet se pravidelně na rozhodování o vedení domácnosti.

Shrnutí:

10 z 20 (50%) pacientů bylo osamostatněno od primární rodiny.

9 z 10 pacientů bydlících s rodiči bylo doporučeno se zatím neosamostatňovat od primární rodiny.

18 z 20 (90%) pacientů bylo doporučeno mít spolubydliciho.

4 z 20 (20%) pacientů byl doporučen projekt chráněného bydlení (40% pacientů bydlících s rodiči).

19 z 20 (95%) pacientů bylo doporučeno vykonávat pravidelně domácí práce, 1 z 20 (5%) pacientů občas vykonávat domácí práce.

14 z 20 (70%) pacientů bylo doporučeno přispívat na vedení domácnosti čtvrtinou až polovinou svého příjmu, 3 z 20 (15%) pacientů bylo doporučeno přispívat méně než čtvrtinou svého příjmu, 3 z 20 pacientů bylo doporučeno přispívat více než polovinou svého příjmu.

Všem (20) pacientům bylo doporučeno pravidelně se podílet na rozhodování o vedení domácnosti.

6.3.2. Partnerství

1. typ: mající partnera

6 z 20 (30%) pacientů mělo partnera. 4 z 6 pacientů s partnerem bydleli ve společné domácnosti.

5 z 6 pacientů s partnerem bylo doporučeno žít ve společné domácnosti.

Všem (6) pacientům bylo doporučeno udržet partnerský vztah, 2 z 6 pacientů bylo doporučeno stabilizovat partnerský vztah.

1 z 6 pacientů bylo doporučeno založit rodinu.

2. typ: nemající partnera

14 z 20 (70%) pacientů nemělo partnera.

9 z 10 pacientů bydlících s rodiči nemělo partnera.

Všem (14) pacientům bez partnera bylo doporučeno hledat si partnera.

Všem (14) pacientům bez partnera bylo doporučeno více příležitosti pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví.

Všem (14) pacientům bez partnera bylo doporučeno udržovat a posilovat vztahy s přáteli a hledat nové přátele.

Shrnutí:

14 z 20 (70%) pacientů *nemělo partnera*. 9 z 14 (64%) pacientů nemajících partnera žilo s rodiči.

Všem (14) pacientům *bez partnera* bylo doporučeno *hledat si partnera*.

Všem (6) pacientům *s partnerem* bylo doporučeno *udržet vztah*, popř. vztah stabilizovat.

Všem (14) pacientům *bez partnera* bylo doporučeno *více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví*.

Všem (14) pacientům *bez partnera* bylo doporučeno *udržovat a posilovat vztahy s přáteli a hledat nové přátele*.

1 z 20 (0,5%) pacientů bylo doporučeno založit rodinu.

6.3.3. Realizace

1.typ: realizující se

6 z 20 (30%) pacientů se realizovalo - měli zaměstnání nebo studovali.

3 z 6 realizujících se pacientů bydleli s rodiči. 2 z 3 realizujících se pacientů bydlících s rodiči studovali, 1 měl chráněné zaměstnání.

4 z 6 realizujících se pacientů měli partnera. 3 z 4 realizujících se pacientů majících partnera s ním žilo ve společné domácnosti.

2 z 6 realizujících se pacientů studovali (VŠ, SŠ) - bylo jim doporučeno pokračovat ve studiu.

4 z 6 realizujících se pacientů měli zaměstnání (z toho 1 částečný úvazek, 1 chráněné zaměstnání, 1 na mateřské dovolené).

2 z 4 pacientů majících zaměstnání bylo doporučeno změnit typ zaměstnání, 2 z 4 pacientů bylo doporučeno udržet si zaměstnání.

3 z 4 pacientů majících zaměstnání bylo doporučeno pokračovat ve vzdělávání.

Všem (6) realizujícím se pacientům bylo doporučeno věnovat se pravidelně zálibám.

4 z 6 realizujících se pacientů bylo doporučeno trávit volný čas jiným způsobem než před hospitalizací.

2.typ: nerealizující se

14 z 20 (70%) pacientů se nere realizovalo - neměli zaměstnání ani nestudovali.

7 z 14 (50%) nere realizujících se pacientů bydlelo s rodiči.

2 z 14 (14%) nere realizujících se pacientů měli partnera a s ním žili ve společné domácnosti.

3 z 14 (21%) nere realizujících se pacientů měli invalidní důchod.

Všem (14) nere realizujícím se pacientům bylo doporučeno hledat si zaměstnání (nejčastěji v oboru služeb, výroby) nebo projekt chráněné práce.

Všem (14) nerealizujícím se pacientům bylo doporučeno přicházet v zaměstnání do kontaktu s lidmi, nejčastěji bylo doporučeno pracovat v týmu spolupracovníků (6 z 14) či pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky (6 z 14), popř. pracovat sám, ale přicházet denně do kontaktu s lidmi (2 z 14).

Všem (14) nerealizujícím se pacientům bylo doporučeno být v pracovní pozici podřízeného.

10 z 14 (71%) nerealizujících se pacientů bylo doporučeno pokračovat ve vzdělávání.

Všem (14) nerealizujícím se pacientům bylo doporučeno věnovat se pravidelně zálibám.

12 z 14 (86%) nerealizujících se pacientů bylo doporučeno trávit volný čas jiným způsobem než před hospitalizací.

Shrnutí:

6 z 20 (30%) pacientů mělo zaměstnání či studovalo, 14 z 20 (70%) pacientů se nerealizovalo.

Všem (14) nerealizujícím se pacientům bylo doporučeno hledat si zaměstnání.

Všem (6) realizujícím se pacientům bylo doporučeno udržet si zaměstnání či změnit typ zaměstnání, popř. pokračovat ve studiu.

S realizací stoupala četnost navázání partnerského vztahu, partnera měli 4 z 6 realizujících se pacientů a 2 z 14 (14%) nerealizujících se pacientů.

16 z 20 (80%) pacientů bylo doporučeno pokračovat ve vzdělávání.

Všem (20) pacientům bylo doporučeno věnovat se pravidelně zálibám.

16 z 20 (80%) pacientů bylo doporučeno trávit volný čas jiným způsobem než v době před hospitalizací.

6.4. VYHODNOCENÍ POSTOJŮ PACIENTA, VÝZNAMNÉHO DRUHÉHO, LÉKAŘE A PSYCHOSOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Vzhledem k tomu, že dotazníky pro pacienta, významného druhého, lékaře i psychosociálního pracovníka zjišťovaly analogická data, pokusila jsem se výsledky šetření zpřehlednit do tabulek. V řádcích, kde je text oddělen lomítkem, znamená jiné zadání dotazu pro pacienta a ostatní informační zdroje. Například „Chci/ Doporučuji bydlet“ znamená, že pacient „chce“ bydlet a „významný druhý, lékař a psychosociální pracovník pacientovi „doporučuje“ bydlet ... (Scheansová 2007/6)

6.4.1. Osamostatnění se od primární rodiny

1.TYP: PŘEVÁŽNĚ OSAMOSTATNĚN OD PRIMÁRNÍ RODINY (10 Z 20)		Pacient	Významný Druhý	Lékař	Psychosoc. pracovník
Bydlím	Ve vlastním bytě (resp. bytě rodičů)	7 z 10	X	X	X
	V pronajatém bytě	3 z 10	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem bydlel	S rodiči	4 z 10	X	X	X
	Ve vlastním bytě (popř. bytě rodičů)	4 z 10	X	X	X
	V pronajatém bytě	2 z 10	X	X	X
Se svým současným domovem	Jsem spokojen/ Doporučuji	6 z 10	6 z 8	9 z 10	6 z 10
	Nejsem spokojen/ Doporučuji hledat jiné místo k bydlení (s větším soukromím či nižším nájmem)	4 z 10	2 z 8	1 z 10	4 z 10
Bydlím	Sám	4 z 10	X	X	X
	S jedním spolubydlicím	3 z 10	X	X	X
	S více spolubydlicími (sourozenci, partner, příbuzní partnera, dítě)	3 z 10	X	X	X
Chci/ Doporučuji bydlet	Sám	3 z 10	2 z 8	2 z 10	2 z 10
	Se spolubydlicím	7 z 10	6 z 8	8 z 10	8 z 10
Před začátkem nemoci jsem chtěl bydlet	Sám	3 z 10	X	X	X
	Někdy jsem uvažoval o tom mít spolubydlicího	2 z 10	X	X	X
	Se spolubydlicím	5 z 10	X	X	X
Domácí práce vykonávám/ Doporučuji vykonávat	Pravidelně	6 z 10	6 z 8	10 z 10	9 z 10
	Občas	2 z 10	2 z 8	0 z 10	1 z 10
	Téměř nevykonávám	2 z 10	0 z 10	0 z 10	0 z 10
Před začátkem nemoci jsem domácí práce vykonával	Pravidelně	8 z 10	X	X	X
	Občas	2 z 10	X	X	X
Chci zvýšit míru, v jaké vykonávám domácí práce		4 z 10	X	X	X
Na vedení domácnosti finančně přispívám/ Doporučuji přispívat	Více než třemi čtvrtinami svého příjmu	4 z 10	2 z 8	1 z 10	2 z 10
	Polovinou až třemi čtvrtinami svého příjmu	0 z 10	1 z 8	2 z 10	0 z 10
	Polovinou až čtvrtinou svého příjmu	5 z 10	4 z 8	6 z 10	8 z 10
	Méně než čtvrtinou svého příjmu	1 z 10	1 z 8	1 z 10	0 z 10
Před začátkem nemoci jsem finančně přispíval na vedení domácnosti částí svého příjmu	Více než třemi čtvrtinami	2 z 10	X	X	X
	Polovinou až čtvrtinou	5 z 10	X	X	X
	Méně než čtvrtinou	3 z 10	X	X	X

Chci zvýšit míru, v jaké finančně přispívám na vedení domácnosti		2 z 10	X	X	X
Na rozhodování o vedení domácnosti se podílím/ Doporučuji se podílet	Pravidelně	7 z 10	6 z 8	8 z 10	10 z 10
	Občas	2 z 10	2 z 8	2 z 10	0 z 10
	Téměř nikdy	1 z 10	0 z 8	0 z 10	0 z 10
Před začátkem nemoci jsem se podílel na rozhodování o vedení domácnosti	Pravidelně	6 z 10	X	X	X
	Občas	1 z 10	X	X	X
	Téměř nikdy	3 z 10	X	X	X
Chci zvýšit míru, v jaké se podílím na rozhodování o vedení domácnosti		3 z 10 (ti, kteří se téměř nepodíleli)	X	X	X
Projekt chráněného bydlení	Jsem s ním dobře obeznámen/ Doporučuji	3 z 10	6 z 8	2 z 10	3 z 10
	Jsem s ním špatně obeznámen/ Nedoporučuji	7 z 10	2 z 8	8 z 10	7 z 10

2.TYP: NEOSAMOSTATNĚN OD PRIMÁRNÍ RODINY (10 Z 20)		Pacient	Významný Druhý	Lékař	Psychosoc. pracovník
Odstěhovat se od rodičů	Chci/ Doporučuji	2 z 10	3 z 8	1 z 10	4 z 10
	Nechci/ Zatím nedoporučuji	8 z 10	5 z 8	9 z 10	6 z 10
Před začátkem nemoci jsem se chtěl odstěhovat od rodičů		3 z 10	X	X	X
K odstěhování od rodičů pacient potřebuje	Byt	8 z 10	6 z 8	8 z 10	8 z 10
	Stálý příjem	10 z 10	6 z 8	8 z 10	10 z 10
Pacient vyvíjí aktivitu, aby se odstěhoval od rodičů	Občas	1 z 10	1 z 8	X	X
	Aktivitu nevyvíjí	9 z 10	7 z 8	X	X
Pacientova rodina vyvíjí aktivitu, aby se pacient odstěhoval od rodičů	Pravidelně	1 z 10	0 z 8	X	X
	Občas	0 z 10	1 z 8	X	X
	Aktivitu nevyvíjí	9 z 10	7 z 8	X	X
Mám zkušenost bydlet odděleně od rodičů	Delší než 6 měsíců	4 z 10	X	X	X
	V době před začátkem nemoci	3 z 4	X	X	X
	V době s intenzivními projevy nemoci	2 z 4	X	X	X
	Nikdy jsem nebydlel bez rodičů	6 z 10	X	X	X
	Bydlet bez rodičů se mi líbilo/ Hodnotím zkušenost jako pacientovi prospěšnou	3 z 4	2 z 3	X	X

V případě osamostatnění od rodičů bych si přál mít spolubydlícího/ Doporučuji pacientovi mít spolubydlícího		10 z 10	8 z 8	10 z 10	10 z 10
Před začátkem nemoci jsem si v případě osamostatnění od rodičů přál bydlet	Sám	2 z 10	X	X	X
	Se spolubydlícím	8 z 10	X	X	X
Bydlet s rodiči	Mi vyhovuje/ Považuji za pacientovi prospívající	8 z 10	3 z 8	8 z 10	3 z 10
	Mi nevyhovuje/ Považuji za pacientovi neprospívající	2 z 10	5 z 8	2 z 10	7 z 10
Domácí práce vykonávám/ Doporučuji vykonávat	Pravidelně	4 z 10	7 z 8	10 z 10	10 z 10
	Občas	3 z 10	1 z 8	0 z 10	0 z 10
	Téměř nevykonávám	3 z 10	0 z 8	0 z 10	0 z 10
Před začátkem nemoci jsem domácí práce vykonával	Pravidelně	4 z 10	X	X	X
	Občas	4 z 10	X	X	X
	Téměř nikdy	2 z 10	X	X	X
Chci změnit míru, v jaké vykonávám domácí práce	Zvýšit	4 z 10	X	X	X
	Snížit	2 z 10	X	X	X
Na vedení domácnosti finančně přispívám/ Doporučuji přispívat	Polovinou až třemi čtvrtinami svého příjmu	0 z 10	0 z 8	1 z 10	0 z 10
	Polovinou až čtvrtinou svého příjmu	4 z 10	6 z 8	5 z 10	8 z 10
	Méně než čtvrtinou svého příjmu	6 z 10	2 z 8	4 z 10	2 z 10
Před začátkem nemoci jsem finančně přispíval na vedení domácnosti částí svého příjmu	Polovinou až čtvrtinou	5 z 10	X	X	X
	Méně než čtvrtinou	5 z 10	X	X	X
Chci zvýšit míru, v jaké finančně přispívám na vedení domácnosti		6 z 10	X	X	X
Na rozhodování o vedení domácnosti se podílím/ Doporučuji se podílet	Pravidelně	3 z 10	2 z 8	8 z 10	10 z 10
	Občas	3 z 10	5 z 8	2 z 10	0 z 10
	Téměř nikdy	4 z 10	1 z 8	0 z 10	0 z 10
Před začátkem nemoci jsem se podílel na rozhodování o vedení domácnosti	Pravidelně	4 z 10	X	X	X
	Občas	1 z 10	X	X	X
	Téměř nikdy	5 z 10	X	X	X
Chci zvýšit míru, v jaké se podílím na rozhodování o vedení domácnosti		5 z 10 (ti, kteří se téměř nepodíleli)	X	X	X
Projekt chráněného bydlení	Jsem s ním dobře obeznámen/ Doporučuji	2 z 10	5 z 8	2 z 10	5 z 10
	Jsem s ním špatně obeznámen/ Nedoporučuji	8 z 10	3 z 8	8 z 10	5 z 10

OSAMOSTATNĚNÍ OD PRIMÁRNÍ RODINY: SHRNUTÍ		Pacient	Významný Druhý	Lékař	Psychosoc. pracovník
Se svým současným domovem jsem spokojen/ Doporučuji (osamostatněný pacient)		6 z 10	6 z 8	9 z 10	6 z 10
Chci/ Doporučuji zůstat bydlet s rodiči (neosamostatněný pacient)		8 z 10	5 z 8	8 z 10	6 z 10
Chci/ Doporučuji bydlet	Sám	3 z 20 (15%)	2 z 16 (12%)	2 z 20 (10%)	2 z 20 (10%)
	Se spolubydlicím	17 z 20 (85%)	14 z 16 (88%)	18 z 20 (90%)	18 z 20 (90%)
Domácí práce vykonávám/ Doporučuji vykonávat	Pravidelně	10 z 20 (50%)	13 z 16 (81%)	20 z 20 (100%)	19 z 20 (95%)
	Občas	5 z 20 (25%)	3 z 16 (19%)	0 z 20 (0%)	1 z 20 (5%)
	Téměř nevykonávám	5 z 20 (25%)	0 z 16 (0%)	0 z 20 (0%)	0 z 20 (0%)
Chci změnit míru, v jaké vykonávám domácí práce	Zvýšit	8 z 20 (40%)	X	X	X
	Snížit	2 z 20 (10%)	X	X	X
Na vedení domácnosti finančně přispívám/ Doporučuji přispívat	Více než polovinou svého příjmu	4 z 20 (25%)	3 z 16 (19%)	4 z 20 (20%)	2 z 20 (10%)
	Polovinou až čtvrtinou svého příjmu	9 z 20 (45%)	10 z 16 (63%)	11 z 20 (55%)	16 z 20 (80%)
	Méně než čtvrtinou svého příjmu	7 z 20 (35%)	3 z 16 (19%)	5 z 20 (25%)	2 z 20 (10%)
Chci zvýšit míru, v jaké finančně přispívám na vedení domácnosti		8 z 20 (40%)	X	X	X
Na rozhodování o vedení domácnosti se podílím/ Doporučuji se podílet	Pravidelně	10 z 20 (50%)	8 z 16 (50%)	16 z 20 (80%)	20 z 20 (100%)
	Občas	5 z 20 (25%)	7 z 16 (44%)	4 z 20 (20%)	0 z 20 (0%)
	Téměř nikdy	5 z 20 (25%)	1 z 16 (6%)	0 z 20 (0%)	0 z 20 (0%)
Chci zvýšit míru, v jaké se podílím na rozhodování o vedení domácnosti		8 z 20 (40%)	X	X	X
Projekt chráněného bydlení	Jsem s ním dobře obeznámen/ Doporučuji	5 z 20 (25%)	7 z 16 (44%)	4 z 20 (20%)	8 z 20 (40%)
	Jsem s ním špatně obeznámen/ Nedoporučuji	15 z 20 (75%)	9 z 16 (56%)	16 z 20 (80%)	12 z 20 (60%)

Osamostatnění pacienti oproti pacientům bydlicím s rodiči obecně ve větší míře vykonávali domácí práce, finančně přispívali na vedení domácnosti a podíleli se na rozhodování o vedení domácnosti. Projekt chráněného bydlení byl častěji doporučen pacientovi bydlicímu s rodiči.

6.4.2. Partnerství

1. TYP: MAJÍCÍ PARTNERA (6 Z 20)		Pacient	Významný Druhý	Lékař	Psychosoc. pracovník
S partnerem žiji ve společné domácnosti	Déle než 2 roky	2 z 6	X	X	X
	Méně než 2 roky	2 z 6	X	X	X
	Ve společné domácnosti nežijeme, ale zkušenost mám (popř. i s jiným partnerem) - min. 1 rok	2 z 6	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem s partnerem žil ve společné domácnosti	Déle než 2 roky	2 z 6	X	X	X
	Méně než 2 roky	2 z 6	X	X	X
	Nikdy jsem s partnerem nežil ve společné domácnosti	2 z 6	X	X	X
Chci/ Doporučuji s partnerem žít ve společné domácnosti		6 z 6	6 z 6	6 z 6	6 z 6
Před začátkem nemoci jsem žít ve společné domácnosti s partnerem	Chtěl	4 z 6	X	X	X
	Někdy jsem o tom uvažoval	1 z 6	X	X	X
	Nechtěl	1 z 6	X	X	X
Pacient nežijící s partnerem	Pacient nevyvíjí téměř žádnou aktivitu, aby s partnerem mohli žít ve společné domácnosti	2 z 2	2 z 2	X	X
	Partner nevyvíjí téměř žádnou aktivitu, aby s pacientem mohli žít ve společné domácnosti	2 z 2	2 z 2	X	X
V partnerském vztahu jsem po emoční stránce	Rozhodně spokojený	4 z 6	X	X	X
	Spíše spokojený	2 z 6	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem byl v partnerském vztahu po emoční stránce	Spokojený	3 z 6	X	X	X
	Spíše nespokojený	1 z 6	X	X	X
	Partnerský vztah tehdy nebyl navázán	2 z 6	X	X	X
V partnerském vztahu jsem po sexuální stránce	Rozhodně spokojený	3 z 6	X	X	X
	Spíše spokojený	3 z 6	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem byl v partnerském vztahu po sexuální stránce	Rozhodně spokojený	3 z 6	X	X	X
	Spíše spokojený	1 z 6	X	X	X
	Partnerský vztah tehdy nebyl navázán	2 z 6	X	X	X
Současná převažující atmosféra partnerského vztahu je	Láskyplná a vzájemně respektující	4 z 6	4 z 6	X	X
	Nestabilní	2 z 6	2 z 6	X	X

Před začátkem nemoci byla převažující atmosféra v partnerském vztahu	Láskyplná a vzájemně respektující	3 z 6	X	X	X
	Nestabilní	1 z 6	X	X	X
	Partnerský vztah tehdy nebyl navázán	2 z 6	X	X	X
V partnerském vztahu považují celkově za vůdčí osobnost	Partnera	4 z 6	4 z 6	X	X
	Oba stejně	2 z 6	2 z 6	X	X
Před začátkem nemoci jsem v partner. vztahu považoval celkově za vůdčí osobnost	Partnera	1 z 4	X	X	X
	Oba stejně	3 z 4	X	X	X
	Partnerský vztah tehdy nebyl navázán	2 z 6	X	X	X
V partnerském vztahu se obecně cítím/ Partnerský vztah hodnotím	Spokojený/ Jako pacientovi prospívající	5 z 6	6 z 6	6 z 6	6 z 6
	Spíše nespokojený/ Jako pacientovi spíše neprospívající	1 z 6	0 z 6	0 z 6	0 z 6
Před začátkem nemoci jsem se v partner. vztahu obecně cítil	Spokojený	3 z 6	X	X	X
	Spíše nespokojený	1 z 6	X	X	X
	Partnerský vztah tehdy nebyl navázán	2 z 6	X	X	X
Vychovávám společně s partnerem dítě	2 z 6	X	X	X	
Chci/ Doporučuji vychovávat společně s partnerem (další) děti	4 z 6	4 z 6	2 z 6	2 z 6	
Před začátkem nemoci jsem chtěl společně s partnerem vychovávat (další) děti	5 z 6	X	X	X	
Považuji za uskutečnitelné vychovávat s partnerem (další) děti	4 z 6	X	X	X	

2.TYP: NEMAJÍCÍ PARTNERA (14 Z 20)		Pacient	Významný Druhý	Lékař	Psychosoc. pracovník
Mám zkušenost s partnerským vztahem	Delší než 2 roky	3 z 14 (21%)	X	X	X
	Kratší než 6 měsíců	5 z 14 (36%)	X	X	X
	Žádnou	6 z 14 (43%)	X	X	X
Od začátku nemoci mám zkušenost s partnerským vztahem	Kratší než 6 měsíců	3 z 14 (21%)	X	X	X
	Žádnou	11 z 14 (79%)	X	X	X
Najít si životního partnera	Určitě chci/ Určitě doporučuji	12 z 14 (86%)	10 z 10	12 z 14 (86%)	14 z 14 (100%)
	Asi chci/ Asi doporučuji	1 z 14 (7%)	0 z 10	0 z 14 (0%)	0 z 14 (0%)
	Asi nechci/ Asi nedoporučuji	1 z 14 (7%)	0 z 10	2 z 14 (14%)	0 z 14 (0%)
Před začátkem nemoci jsem si najít životního partnera	Chtěl	11 z 14 (79%)	X	X	X
	Někdy jsem o tom uvažoval	1 z 14 (7%)	X	X	X
	Nechtěl	2 z 14 (14%)	X	X	X
Znám ve svém okolí někoho, kdo by se mi /pacientovi/ jako případný partner	Velmi líbil	7 z 14 (50%)	4 z 10	X	X
	Docela líbil	5 z 14 (36%)	1 z 10	X	X
	Neznám nikoho takového	2 z 14 (14%)	5 z 10	X	X
Do styku s lidmi opačného pohlaví pacient přichází (čas mimo ústavní léčbu)	Velmi často	4 z 14 (29%)	2 z 10	X	X
	Spíše často	4 z 14 (29%)	2 z 10	X	X
	Spíše zřídka	4 z 14 (29%)	6 z 10	X	X
	Velmi zřídka	2 z 14 (14%)	0 z 10	X	X
Více příležitosti pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví	Bych určitě uvítal/ určitě doporučil	8 z 14 (57%)	10 z 10	10 z 14 (71%)	14 z 14 (100%)
	Bych asi uvítal/ asi doporučil	2 z 14 (14%)	0 z 10	0 z 14 (0%)	0 z 14 (0%)
	Bych asi neuvítal/ asi nedoporučil	3 z 14 (21%)	0 z 10	4 z 14 (29%)	0 z 14 (0%)
	Nedokážu posoudit zda-li bych to uvítal/ doporučil	1 z 14 (7%)	0 z 10	0 z 14 (0%)	0 z 14 (0%)
Pacient vyvíjí aktivitu, aby si našel partnera	Pravidelně	3 z 14 (21%)	1 z 10	X	X
	Občas	5 z 14 (36%)	2 z 10	X	X
	Žádnou aktivitu nevyvíjí	6 z 14 (43%)	6 z 10	X	X
Pacient má ve svém okolí někoho, kdo vyvíjí aktivitu, aby si pacient	Pravidelně	3 z 14 (21%)	0 z 10	X	X
	Občas	4 z 14 (29%)	6 z 10	X	X

aby si pacient našel partnera	Nikoho takového nemá	7 z 14 (50%)	4 z 10	X	X
Pacient má přátele, na které se může plně spolehnout	Nejméně 3 přátele	8 z 14 (57%)	3 z 10	X	X
	Nejméně 1 přítele	4 z 14 (29%)	4 z 10	X	X
	Nejsem si jistý	1 z 14 (7%)	0 z 10	X	X
	Přátele nemá	1 z 14 (7%)	3 z 10	X	X
Ve svých sociálních vztazích jsem po emoční stránce	Spokojený	9 z 14 (64%)	X	X	X
	Nespokojený	5 z 14 (36%)	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem byl ve svých soc. vztazích po emoční stránce	Spokojený	7 z 14 (50%)	X	X	X
	Nespokojený	7 z 14 (50%)	X	X	X
Ve svých soc. vztazích jsem po sexuální stránce	Spokojený	2 z 14 (14%)	X	X	X
	Nespokojený	12 z 14 (86%)	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem byl ve svých soc. vztazích po sexuální stránce	Nespokojený	13 z 14 (93%)	X	X	X
	Nedokážu to posoudit	1 z 14 (7%)	X	X	X
Ve svých soc. vztazích se obecně cítím/ Pacientovy současné soc. vztahy hodnotím	Spokojený/ Jako jemu prospívající	10 z 14 (71%)	4 z 10	8 z 14 (57%)	8 z 14 (57%)
	Spíše nespokojený/ Jako jemu spíše neprospívající	4 z 14 (29%)	6 z 10	6 z 14 (43%)	6 z 14 (43%)
Před začátkem nemoci jsem se ve svých sociálních vztazích obecně cítil	Spokojený	10 z 14 (71%)	X	X	X
	Nespokojený	4 z 14 (29%)	X	X	X
Vychovávám dítě		0 z 14 (0%)	X	X	X
Chci/ Doporučuji vychovávat děti		10 z 14 (71%)	4 z 10	2 z 14 (14%)	2 z 14 (14%)
Před začátkem nemoci jsem chtěl vychovávat děti		11 z 14 (79%)	X	X	X
Považuji za uskutečnitelné vychovávat děti		9 z 14 (64%)	X	X	X

PARTNERSKÝ VZTAH: SHRNUÍ	Pacient	Významný Druhý	Lékař	Psychosoc. pracovník
Chci/ Doporučuji s partnerem žít ve společné domácnosti (pacient mající partnerský vztah)	6 z 6	6 z 6	6 z 6	6 z 6
V partnerském vztahu se cítím po emoční stránce spokojený (pacient mající partnerský vztah)	6 z 6	X	X	X
V partnerském vztahu se cítím obecně spokojený/ Partnerský vztah hodnotím jako pacientovi prospívající (pacient mající partnerský vztah)	5 z 6	6 z 6	6 z 6	6 z 6
Chci/ Doporučuji najít si životního partnera (pacient bez partnerského vztahu)	13 z 14 (93%)	10 z 10	12 z 14 (86%)	14 z 14 (100%)
Uvítal bych/ Doporučuji více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví (pacient bez partnerského vztahu)	10 z 14 (71%)	10 z 10	10 z 14 (71%)	14 z 14 (100%)
Pacient vyvíjí alespoň občas aktivitu, aby si našel partnera (pacient bez partnerského vztahu)	8 z 14 (57%)	3 z 10	X	X
Pacient má ve svém okolí někoho, kdo vyvíjí alespoň občas aktivitu, aby si pacient našel partnera (pacient bez partnerského vztahu)	7 z 14 (50%)	6 z 10	X	X
Vychovávám dítě	2 z 20 (10%)	X	X	X
Chci/ Doporučuji vychovávat děti	14 z 20 (70%)	14 z 16 (88%)	4 z 20 (20%)	4 z 20 (20%)
Považuji za uskutečnitelné vychovávat děti	13 z 20 (65%)	X	X	X

6.4.3. Realizace

1.TYP: REALIZUJÍCÍ SE (6 Z 20)		Pacient	Významný druhý	Lékař	Psychosoc. pracovník
Pracuji	V oblasti služeb	4 z 6	X	X	X
	Studuji	2 z 6	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem pracoval	V oblasti služeb	3 z 6	X	X	X
	Studoval	3 z 6	X	X	X
Chci/ Doporučuji změnit oblast zaměstnání		2 z 6	3 z 5	2 z 6	1 z 6
Chci/ Doporučuji pracovat	V oblasti služeb	4 z 6	3 z 5	6 z 6	6 z 6
	V oblasti výroby	2 z 6	2 z 5	4 z 6	4 z 6
	V jiné oblasti, často původní profese (pedagogika, politologie, publicistika, atd.)	3 z 6	1 z 5	2 z 6	3 z 6
Jsem v zaměstnání v kontaktu s lidmi	Pracuji v týmu spolupracovníků	3 z 6	X	X	X
	Pracuji sám, ale přicházím denně do kontaktu s klienty	3 z 6	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem byl v zaměstnání v kontaktu s lidmi	Pracoval jsem v týmu spolupracovníků	6 z 6	X	X	X
Chci/ Doporučuji být v zaměstnání v kontaktu s lidmi	Pracovat v týmu spolupracovníků	4 z 6	2 z 5	6 z 6	3 z 6
	Pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky	1 z 6	2 z 5	2 z 6	1 z 6
	Pracovat sám, ale přicházet denně do kontaktu s klienty	4 z 6	1 z 5	2 z 6	2 z 6
Pracuji v pozici	Podřízené	6 z 6	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem pracoval v pozici	Podřízené	6 z 6	X	X	X
Chci/ Doporučuji pracovat v pozici	Střední	4 z 6	2 z 5	1 z 6	0 z 6
	Podřízené	2 z 6	3 z 5	5 z 6	6 z 6
V zaměstnání jsem celkově spokojený/ Hodnotím pacientovo zaměstnání jako jemu prospívající		5 z 6	2 z 5	5 z 6	5 z 6
Považuji své /pacientovo/ zaměstnání za namáhavé		5 z 6	5 z 5	1 z 6	5 z 6
Zaměstnání mne těší		5 z 6	X	X	X
V zaměstnání bych si přál	Vyšší mzdu	4 z 6	X	X	X
	Změnit pracovní náplň	2 z 6	X	X	X
	Změnit spolupracovníky	1 z 6	X	X	X
Při výkonu zaměstnání mám problémy	S dodržováním pracovního řádu	1 z 6	X	X	X
	S naplní práce	1 z 6	X	X	X

Bez zaměstnání jsem byl nejdéle	Více než 1 rok	1 z 6	X	X	X
	Méně než 6 měsíců	1 z 6	X	X	X
	Méně než 2 měsíce	4 z 6	X	X	X
Projekt chráněné práce	Jsem s ním dobře obeznámen/ Doporučuji	2 z 6	2 z 5	3 z 6	2 z 6
	Jsem s ním špatně obeznámen/ Nedoporučuji	4 z 6	3 z 5	3 z 6	4 z 6
Vzdělání	Střední s maturitou	3 z 6	X	X	X
	Střední bez maturity	2 z 6	X	X	X
	Základní	1 z 6	X	X	X
Úroveň vzdělání	Jsem spokojen/ Považuji za přiměřenou pacientovým schopnostem	3 z 6	3 z 5	6 z 6	5 z 6
	Nejsem spokojen/ Pacient je schopen dosáhnout vyššího vzdělání	3 z 6	2 z 5	2 z 6	1 z 6
Chci/ Doporučuji pokračovat ve vzdělávání		5 z 6	4 z 5	4 z 6	5 z 6
Zálibám se věnuji/ Doporučuji se věnovat	Pravidelně	2 z 6	4 z 5	6 z 6	6 z 6
	Občas	2 z 6	1 z 5	0 z 6	0 z 6
	Téměř nikdy	2 z 6	0 z 6	0 z 6	0 z 6
Před začátkem nemoci jsem se zálibám věnoval	Pravidelně	4 z 6	X	X	X
	Občas	2 z 6	X	X	X
Ve volném čase se nudím	Často	1 z 6	X	X	X
	Zřídka	5 z 6	X	X	X
Před začátkem nemoci jsem se ve volném čase nudil	Často	0 z 6	X	X	X
	Zřídka	6 z 6	X	X	X
Způsob trávení volného času	Jsem spokojen/ Považuji za pacientovi prospívající	1 z 6	3 z 5	4 z 6	4 z 6
	Nejsem spokojen/ Považuji za pacientovi neprospívající	5 z 6	2 z 5	0 z 6	2 z 6
	Doporučuji změnit	X	3 z 5	3 z 6	2 z 6

2.TYP: NEREALIZUJÍCÍ SE (14 Z 20)		Pacient	Významný druhý	Lékař	Psychosoc. pracovník
Bez zaměstnání v době šetření	Více než 1 rok	6 z 14 (43%)	X	X	X
	Méně než 1 rok	2 z 14 (14%)	X	X	X
	Méně než 6 měsíců	4 z 14 (29%)	X	X	X
	Méně než 2 měsíce	2 z 14 (14%)	X	X	X
Nejdéle bez zaměstnání v době před začátkem nemoci	Více než 1 rok	6 z 14 (43%)	X	X	X
	Méně než 1 rok	4 z 14 (29%)	X	X	X
	Méně než 6 měsíců	4 z 14 (29%)	X	X	X
Chci/ Doporučuji hledat si zaměstnání		14 z 14 (100%)	10 z 11 (91%)	10 z 14 (71%)	12 z 14 (86%)
Chtěl jsem si najít zaměstnání před začátkem nemoci		7 z 8	X	X	X
Chci/ Doporučuji pracovat	V oblasti služeb	8 z 14 (57%)	6 z 11 (55%)	6 z 14 (43%)	8 z 14 (57%)
	V oblasti výroby	3 z 14 (21%)	4 z 11 (36%)	8 z 14 (57%)	4 z 14 (29%)
	V oblasti jiné, často původní profese (zdravotnictví, administrativa, informatika atd.)	3 z 14 (21%)	1 z 11 (9%)	3 z 14 (21%)	3 z 14 (21%)
Před začátkem nemoci jsem pracoval	V oblasti služeb	7 z 12 (58%)	X	X	X
	V oblasti výroby	3 z 12 (25%)	X	X	X
	V jiné oblasti (zdravotnictví, informatika)	2 z 12 (16%)	X	X	X
Chci/ Doporučuji být v zaměstnání v kontaktu s lidmi	Pracovat v týmu spolupracovníků	9 z 14 (64%)	4 z 11 (36%)	7 z 14 (50%)	5 z 14 (36%)
	Pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky	2 z 14 (14%)	5 z 11 (45%)	4 z 14 (29%)	8 z 14 (57%)
	Pracovat sám, ale přicházet denně do kontaktu s klienty	2 z 14 (14%)	2 z 11 (18%)	3 z 14 (21%)	1 z 14 (7%)
	Pracovat sám a ani nepřicházet do kontaktu s klienty	1 z 14 (7%)	0 z 11 (0%)	0 z 14 (0%)	0 z 14 (0%)
Před začátkem nemoci jsem byl v zaměstnání v kontaktu s lidmi	Pracoval jsem v týmu spolupracovníků	11 z 12 (92%)	X	X	X
	Pracoval jsem sám, ale přicházel jsem denně do kontaktu s klienty	1 z 12 (8%)	X	X	X

Chci/ Doporučuji pracovat v pozici	Vedoucí	3 z 14 (21%)	0 z 11 (0%)	0 z 14 (0%)	0 z 14 (0%)
	Střední	5 z 14 (36%)	2 z 11 (18%)	1 z 14 (7%)	0 z 14 (0%)
	Podřízené	6 z 14 (43%)	9 z 11 (82%)	13 z 14 (93%)	14 z 14 (100%)
Před začátkem nemoci jsem pracoval v pozici	Střední	3 z 12 (25%)	X	X	X
	Podřízené	9 z 12 (75%)	X	X	X
Pacient vyvíjí aktivitu, aby si našel zaměstnání	Pravidelně	5 z 14 (36%)	1 z 11 (9%)	X	X
	Občas	4 z 14 (29%)	8 z 11 (73%)	X	X
	Aktivitu nevyvíjí	5 z 14 (36%)	2 z 11 (18%)	X	X
Pacient má ve svém okolí někoho, kdo vyvíjí aktivitu, aby si pacient našel zaměstnání	Pravidelně	5 z 14 (36%)	4 z 11 (36%)	X	X
	Občas	5 z 14 (36%)	4 z 11 (36%)	X	X
	Nikdo aktivitu nevyvíjí	4 z 14 (29%)	3 z 11 (27%)	X	X
Projekt chráněné práce	Jsem s ním dobře obeznámen/ Doporučuji	4 z 14 (29%)	6 z 11 (55%)	13 z 14 (93%)	12 z 14 (86%)
	Jsem s ním špatně obeznámen/ Nedoporučuji	10 z 14 (71%)	4 z 11 (36%)	1 z 14 (7%)	2 z 14 (14%)
Vzdělání	Střední s maturitou	5 z 14 (36%)	X	X	X
	Střední bez maturity	6 z 14 (43%)	X	X	X
	Základní	3 z 14 (21%)	X	X	X
Úroveň vzdělání	Jsem spokojen/ Považuji za přiměřenou pacientovým schopnostem	5 z 14 (36%)	6 z 11 (55%)	9 z 14 (64%)	6 z 14 (43%)
	Nejsem spokojen/ Pacient je schopen dosáhnout vyššího vzdělání	9 z 14 (64%)	4 z 11 (45%)	3 z 14 (21%)	3 z 14 (21%)
Chci/ Doporučuji pokračovat ve vzdělávání		10 z 14 (71%)	9 z 11 (82%)	6 z 14 (43%)	11 z 14 (79%)
Zálibám se věnuji/ Doporučuji se věnovat	Pravidelně	4 z 14 (29%)	10 z 11 (91%)	11 z 14 (79%)	14 z 14 (100%)
	Občas	5 z 14 (36%)	1 z 11 (9%)	3 z 14 (21%)	0 z 14 (0%)
	Téměř nikdy	5 z 14 (36%)	0 z 11 (0%)	0 z 14 (0%)	0 z 14 (0%)
Před začátkem nemoci jsem se zálibám věnoval	Pravidelně	6 z 14 (43%)	X	X	X
	Občas	7 z 14 (50%)	X	X	X
	Téměř nikdy	1 z 14 (7%)	X	X	X
Ve volném čase se nudím	Často	7 z 14 (50%)	X	X	X
	Zřídka	7 z 14 (50%)	X	X	X

Před začátkem nemoci jsem se ve volném čase nudil	Často	4 z 14 (29%)	X	X	X
	Zřídka	10 z 14 (71%)	X	X	X
Způsob trávení volného času	Jsem spokojen/ Považuji za pacientovi prospívající	6 z 14 (43%)	2 z 11 (18%)	4 z 14 (29%)	1 z 14 (7%)
	Nejsem spokojen/ Považuji za pacientovi neprospívající	8 z 14 (57%)	9 z 11 (82%)	9 z 14 (64%)	8 z 14 (57%)
	Doporučuji změnit	X	9 z 11 (82%)	8 z 14 (57%)	11 z 14 (79%)

REALIZACE: SHRNU TÍ		Pacient	Významný druhý	Lékař	Psychosoc. pracovník
Pracuji (realizující se pacient)	V oblasti služeb	4 z 6	X	X	X
	Studuji	2 z 6	X	X	X
V zaměstnání jsem celkově spokojený/ Zaměstnání považuji za pacientovi prospívající (realizující se pacient)		5 z 6	2 z 5	5 z 6	5 z 6
Chci/ Doporučuji hledat si zaměstnání (nerealizující se pacient)		14 z 14 (100%)	10 z 11 (91%)	10 z 14 (71%)	12 z 14 (86%)
Chci/ Doporučuji pracovat	V oblasti služeb	12 z 20 (60%)	9 z 16 (56%)	12 z 20 (60%)	14 z 20 (70%)
	V oblasti výroby	5 z 20 (25%)	6 z 16 (38%)	9 z 20 (45%)	8 z 20 (40%)
	V oblasti jiné, často původní profese (zdravotnictví, školství, informatika)	6 z 20 (30%)	2 z 16 (13%)	5 z 20 (25%)	6 z 20 (30%)
Chci/ Doporučuji být v zaměstnání v kontaktu s lidmi	Pracovat v týmu spolupracovníků	13 z 20 (65%)	6 z 16 (38%)	13 z 20 (65%)	8 z 20 (40%)
	Pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky	3 z 20 (15%)	7 z 16 (44%)	6 z 20 (30%)	9 z 20 (45%)
	Pracovat sám, ale přicházet denně do kontaktu s klienty	6 z 20 (30%)	3 z 16 (19%)	5 z 20 (25%)	3 z 20 (15%)
	Pracovat sám a ani nepřicházet do kontaktu s klienty	1 z 20 (5%)	0 z 16 (0%)	0 z 20 (0%)	0 z 20 (0%)
Chci/ Doporučuji pracovat v pozici	Vedoucí	3 z 20 (15%)	0 z 16 (0%)	0 z 20 (0%)	0 z 20 (0%)
	Střední	9 z 20 (45%)	4 z 16 (25%)	2 z 20 (10%)	0 z 20 (0%)
	Podřízené	8 z 20 (40%)	12 z 16 (75%)	18 z 20 (90%)	20 z 20 (100%)
Nerealizující pacient vyvíjí alespoň občas aktivitu, aby si našel zaměstnání		9 z 14 (64%)	9 z 11 (82%)	X	X
Nerealizující pacient má ve svém okolí někoho, kdo vyvíjí alespoň občas aktivitu, aby si pacient našel zaměstnání		10 z 14 (71%)	8 z 11 (73%)	X	X
Projekt chráněné práce	Jsem s ním dobře obeznámen/ Doporučuji	6 z 20 (30%)	8 z 16 (50%)	16 z 20 (80%)	14 z 20 (70%)
	Jsem s ním špatně obeznámen/ Nedoporučuji	14 z 20 (70%)	6 z 16 (38%)	4 z 20 (20%)	6 z 20 (30%)
Vzdělání	Střední s maturitou	8 z 20 (40%)	X	X	X
	Střední bez maturity	8 z 20 (40%)	X	X	X
	Základní	4 z 20 (20%)	X	X	X
Úroveň vzdělání	Jsem spokojen/ Považuji za přiměřenou pacientovým schopnostem	8 z 20 (40%)	9 z 16 (56%)	15 z 20 (75%)	11 z 20 (55%)
	Nejsem spokojen/ Pacient je schopen dosáhnout vyššího vzdělání	12 z 20 (60%)	6 z 16 (38%)	5 z 20 (25%)	4 z 20 (20%)

Chci/ Doporučuji pokračovat ve vzdělávání		15 z 20 (75%)	13 z 16 (81%)	10 z 20 (50%)	16 z 20 (80%)
Zálibám se věnuji/ Doporučuji se věnovat	<i>Pravidelně</i>	6 z 20 (30%)	14 z 16 (88%)	17 z 20 (85%)	20 z 20 (100%)
	<i>Občas</i>	7 z 20 (35%)	2 z 16 (12%)	3 z 20 (15%)	0 z 20 (0%)
	<i>Téměř nikdy</i>	7 z 20 (35%)	0 z 16 (0%)	0 z 20 (0%)	0 z 20 (0%)
Ve volném čase se nudím	<i>Často</i>	8 z 20 (40%)	X	X	X
	<i>Zřídka</i>	12 z 20 (60%)	X	X	X
Způsob trávení volného času	<i>Jsem spokojen/ Považuji za pacientovi prospěšující</i>	7 z 20 (35%)	5 z 16 (31%)	8 z 20 (40%)	5 z 20 (25%)
	<i>Nejsem spokojen/ Považuji za pacientovi neprospěšující</i>	13 z 20 (65%)	11 z 16 (69%)	9 z 20 (45%)	10 z 20 (50%)
	<i>Doporučuji změnit</i>	X	12 z 16 (75%)	11 z 20 (55%)	13 z 20 (65%)

Motto:

„Jedinci se schizofrenií selhávají v tom naučit se vhodnému sociálnímu chování ze tří důvodů. Zaprvé, děti, které se jeví normální, ale později se u nich v dospělosti rozvine schizofrenie, mívají v dětství jemné deficity pozornosti. Tyto deficity narušují vývoj vhodných sociálních vztahů a nabytí sociálních dovedností. Zadruhé, schizofrenie často poprvé propukne v pozdní adolescenci nebo mladé dospělosti, což je kritické období pro učení se dospělým sociálním rolím a dovednostem typu seznamování a sexuálního chování, dovednostem týkajícím se práce a schopnosti utvářet a udržovat dospělé vztahy. Za třetí, mnoho jedinců trpících schizofrenií si postupně utvářejí život v osamělosti, který je přerušovaný zdlouhavými obdobími v psychiatrických léčebnách nebo v komunitních rezidencích. To pacienty vzdaluje od jejich 'normálních' vrstevnických vztahů a nabízí málo příležitostí, aby se zapojili do věku přiměřených sociálních rolí a omezili sociální kontakty s psychiatrickým personálem a jinými těžce nemocnými pacienty. Za takových okolností pacienti nemají příležitost zakoušet přiměřené dospělé role. Navíc dovednosti získané dříve v životě mohou být ztraceny, protože nejsou používány, nebo chybí stimulace okolím.“

(Bellack a kol. 1997, s.6)

7. SHRNU TÍ ŠETŘENÍ

7.1. 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 spolubydličího. Mít spolubydličího 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 spolubydličího.

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.

7.2. 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.

7.3. 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 nere realizovalo. 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%) nere realizujících 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.²³

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.

²³ Ostatní doporučili pacientovi zkusit pracovat ve střední pozici.

Motto:

„Sociální dovednosti mohou být vyučovány různými způsoby, od práce se skupinou přes individuální psychoterapii po rodinnou nebo párovou terapii. Trénink sociálních dovedností je vyučován v následujících krocích: 1. pojmenování důvodu pro učení se dovednosti, 2. diskuse o postupu v dovednosti, 3. modelování (demonstrování) pozitivní zpětné vazby, 4. poskytnutí korektivní zpětné vazby, 5. vtažení klienta do jiného přehrání rolí ve stejné situaci, 6. poskytnutí více pozitivní a korektivní zpětné vazby při práci se skupinou, 7. zapojení dalších klientů do přehrávání rolí, 8. poskytnutí více pozitivní zpětné vazby a korektivní zpětné vazby a 9. určení domácích úloh k nácviku dovednosti.“
(Bellack a kol. 1997, s.66)

8. OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

8.1. POTVRZENÍ PRACOVNÍ HYPOTÉZY 1

Na základě zjištěných faktů byla potvrzena pracovní hypotéza 1, která zněla „Pacienti jsou osamostatnění nebo se chtějí osamostatnit od primární rodiny“. Pro potvrzení hypotézy svědčily následující údaje.

10 z 20 (50%) pacientů bylo osamostatněno od primární rodiny. 2 z 10 pacientů bydlících s rodiči si přáli se osamostatnit.

Ačkoliv pracovní hypotéza 1 byla v souboru potvrzena, kvalitativní i kvantitativní šetření ukázalo u pacientů spíše ambivalentní postoj k osamostatnění se od primární rodiny. Pro to svědčily níže zmíněné údaje.

10 z 20 (50%) pacientů bydlelo s rodiči. 4 z 10 osamostatněných pacientů byli „převážně“ osamostatnění, což znamená, že v době psychické dekompenzace s nimi často přechodně bydlela matka. 8 z 10 pacientů bydlících s rodiči si nepřálo odstěhovat se od rodičů. 7 z 8 významných druhých uvedlo, že pacient obecně nevyvíjel žádnou aktivitu v tom směru, aby se mohl od rodičů odstěhovat, 1 z 8 významných druhých uvedl, že pacient vyvíjel aktivitu občas. 1 z 2 pacientů přejících si odstěhovat se od rodičů uvedl, že v tomto směru občas vyvíjel aktivitu, 1 žádnou aktivitu nevyvíjel.

8.2. VYVRÁCENÍ PRACOVNÍ HYPOTÉZY 2

Na základě zjištěných faktů byla vyvrácena pracovní hypotéza 2, která zněla: „Pacienti bydlící s rodiči jsou okolím podporováni, aby se osamostatnili“. Pro vyvrácení hypotézy svědčily následující údaje.

5 z 8 významných druhých pacientovi bydlícímu s rodiči doporučilo zůstat zatím bydlet s rodiči. 3 z 8 významných druhých považovali za pacientovi prospívající zůstat bydlet s rodiči.

9 z 10 lékařů pacientovi bydlícímu s rodiči doporučilo zůstat zatím bydlet s rodiči. 8 z 10 lékařů považovalo za pacientovi prospívající zůstat bydlet s rodiči.

6 z 10 pacientů bydlících s rodiči psychosociální pracovník doporučil zůstat zatím bydlet s rodiči. U 3 z 10 (30%) pacientů psychosociální pracovník považoval za pacientovi prospívající zůstat bydlet s rodiči.

7 z 8 významných druhých uvedlo, že pacientova rodina nevyvíjela žádnou aktivitu v tom směru, aby se pacient mohl od rodičů odstěhovat. Podobně 9 z 10 pacientů uvedlo, že jejich rodina nevyvíjela žádnou aktivitu v tom směru, aby se odstěhovali.

Ačkoliv pracovní hypotéza 2 byla vyvrácena, kvantitativní i kvalitativní šetření občas poukázalo na ambivalentní postoj okolí, zejména významných druhých, k možnosti osamostatnění se pacienta od primární rodiny. K tomu níže zmíněné údaje.

3 z 8 významných druhých pacientovi doporučili odstěhovat se od rodičů. 5 z 8 významných druhých nepovažovalo za pacientovi prospívající zůstat bydlet s rodiči. 2 z 3 významných druhých hodnotili pacientovu zkušenost bydlet odděleně od rodičů jako jemu prospěšnou. 5 z 8 významných druhých pacientovi bydlícímu s rodiči doporučilo projekt chráněného bydlení.

1 z 10 lékařů pacientovi doporučil osamostatnit se od rodičů. 2 z 10 lékařů nepovažovali za pacientovi prospívající zůstat bydlet s rodiči. 2 z 10 lékařů pacientovi bydlícímu s rodiči doporučili projekt chráněného bydlení.

4 z 10 pacientů psychosociální pracovník doporučil osamostatnit se od rodičů. U 1 z 10 pacientů pracovník nepovažoval za pacientovi prospívající zůstat bydlet s rodiči. 5 z 10 pacientů bydlících s rodiči psychosociální pracovník doporučil projekt chráněného bydlení.

8.3. POTVRZENÍ PRACOVNÍ HYPOTÉZY 3

Na základě zjištěných faktů byla potvrzena pracovní hypotéza 3, která zněla: „Pacienti mají nebo chtějí mít životního partnera.“ Pro potvrzení hypotézy svědčily následující údaje.

6 z 20 (30%) pacientů mělo partnera. Všichni pacienti mající partnera s ním žili nebo chtěli žít ve společné domácnosti. Všichni pacienti mající partnera byli ve vztahu po emoční stránce spokojeni. Všichni pacienti mající partnera byli v partnerském vztahu po sexuální stránce spokojeni. 5 z 6 pacientů majících partnera bylo ve vztahu obecně spokojených.

13 z 14 (93%) pacientů bez partnera si přálo najít životního partnera. 7 z 14 (50%) pacientů bez partnera znalo ve svém okolí někoho, kdo by se jim jako případný partner velmi líbil, 5 z 14 (36%) pacientů znalo někoho, kdo se jim docela líbil. 10 z 14 (71%) pacientů bez partnera by uvítalo více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví.

8 z 14 (57%) pacientů bez partnera uvedlo, že vyvíjeli alespoň občas nějakou aktivitu v tom směru, aby si našli partnera.²⁴

8.4. POTVRZENÍ PRACOVNÍ HYPOTÉZY 4

Na základě zjištěných faktů byla potvrzena pracovní hypotéza 4, která zněla: „Pacienti bez partnera jsou okolím podporováni, aby navázali partnerský vztah“. Pro potvrzení hypotézy svědčily následující údaje.

Všichni významní druzí (10) pacientovi doporučili hledat si životního partnera. Všichni významní druzí (10) pacientovi doporučili více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví.

12 z 14 (86%) lékařů pacientovi doporučilo hledat si životního partnera. 10 z 14 (71%) lékařů pacientovi doporučilo více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví.

Všem pacientům (14) psychosociální pracovník doporučil hledat si životního partnera. Všem pacientům (14) psychosociální pracovník doporučil více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví.

3 z 14 (21%) pacientů bez partnera uvedli, že měli ve svém okolí někoho, kdo vyvíjel pravidelně nějakou aktivitu v tom směru, aby si pacient našel partnera, 4 z 14 (29%) pacientů měli někoho, kdo vyvíjel aktivitu občas. S tím byl v souladu i zdroj významného druhého - 6 z 10 významných druhých uvedlo, že pacient měl ve svém okolí někoho, kdo vyvíjel občas nějakou aktivitu v tom směru, aby si pacient našel partnera.

8.5. POTVRZENÍ PRACOVNÍ HYPOTÉZY 5

Na základě zjištěných faktů byla potvrzena pracovní hypotéza 5, která zněla: „Pacienti mají nebo chtějí mít zaměstnání, popř. realizovat se v zájmové činnosti“. Pro potvrzení hypotézy svědčily níže zmíněné údaje.

6 z 20 (30%) pacientů mělo zaměstnání či studovalo. 5 z 6 realizujících se pacientů bylo ve svém zaměstnání celkově spokojených. 5 z 6 realizujících se pacientů jejich zaměstnání těšilo.

Všichni (14) nerealizující se pacienti si chtěli najít zaměstnání.

²⁴ 3 z 10 významných druhých uvedli, že pacient vyvíjel alespoň občas nějakou aktivitu v tom směru, aby si našel partnera, 6 z 10 významných druhých uvedlo, že pacient žádnou aktivitu nevyvíjel. Rozpor mezi tvrzením významného druhého a pacienta lze vysvětlit neinformovaností významného druhého nebo přeceněním vlastní aktivity pacientem. Rozdíl v tomto případě nebyl významný, neboť pro hypotézu byl důležitý zájem pacienta, který se potvrdil.

5 z 14 (36%) nerealizujících se pacientů uvedlo, že vyvíjeli pravidelně nějakou aktivitu v tom směru, aby si našli zaměstnání, 4 z 14 (29%) pacientů vyvíjeli aktivitu občas. S tím byl v souladu i zdroj významného druhého - 8 z 11 (73%) významných druhých uvedlo, že pacient vyvíjel občas nějakou aktivitu v tom směru, aby si našel zaměstnání, 1 z 11 (9%) významných druhých uvedl, že pacient vyvíjel aktivitu pravidelně.

15 z 20 (75%) pacientů chtělo pokračovat ve vzdělávání.

8.6. POTVRZENÍ PRACOVNÍ HYPOTÉZY 6

Na základě zjištěných faktů byla potvrzena pracovní hypotéza 6, která zněla: „Nerealizující se pacienti jsou okolím podporováni, aby měli zaměstnání, popř. realizovali se v zájmové činnosti“. Pro potvrzení hypotézy svědčily níže zmíněné údaje.

10 z 11 (91%) významných druhých nerealizujícímu se pacientovi doporučilo hledat si zaměstnání. 8 z 16 (50%) významných druhých pacientovi doporučilo projekt chráněné práce. 13 z 16 (81%) významných druhých pacientovi doporučilo pokračovat ve vzdělávání. 14 z 16 (88%) významných druhých pacientovi doporučilo věnovat se pravidelně zálibám.

10 z 14 (71%) lékařů nerealizujícímu se pacientovi doporučilo hledat si zaměstnání. 16 z 20 (80%) lékařů pacientovi doporučilo projekt chráněné práce. 10 z 20 (50%) lékařů pacientovi doporučilo pokračovat ve vzdělávání. 17 z 20 (85%) lékařů pacientovi doporučilo věnovat se pravidelně zálibám.

12 z 14 (86%) nerealizujících se pacientů psychosociální pracovník doporučil hledat si zaměstnání. 14 z 20 (70%) pacientů psychosociální pracovník doporučil projekt chráněné práce. 16 z 20 (80%) pacientů psychosociální pracovník doporučil pokračovat ve vzdělávání. Všem (20) pacientům psychosociální pracovník doporučil věnovat se pravidelně zálibám.

5 z 14 (36%) nerealizujících se pacientů uvedlo, že měli ve svém okolí někoho, kdo vyvíjel pravidelně nějakou aktivitu v tom směru, aby si pacient našel zaměstnání, 5 z 14 pacientů mělo někoho, kdo vyvíjel aktivitu občas. S tím byl v souladu i zdroj významného druhého - 4 z 11 (36%) významných druhých uvedli, že pacient měl ve svém okolí někoho, kdo vyvíjel pravidelně nějakou aktivitu v tom směru, aby si pacient našel zaměstnání, 4 z 11 významných druhých uvedli, že pacient měl někoho, kdo občas vyvíjel aktivitu.

8.7. POTVRZENÍ ZÁKLADNÍ HYPOTÉZY 1

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

Motto:

„Ačkoliv to bývá často přehlíženo i v oblasti péče o duševní zdraví, disponujeme nyní intenzivními psychosociálními intervencemi, které pokud jsou kombinovány s přiměřenou medikací, mohou v mnoha případech zdvojnásobit terapeutický efekt.“
(Bellack a kol. 1997, s.vii)

9. DISKUSE

U jakéhokoliv typu služby se předpokládá, že reaguje na potřeby klienta. Oblast psychiatrie může být výjimkou, neboť potřeby klienta někdy určuje odborník, ten, kdo „ví lépe“. Nemyslím, že je správné definovat potřeby jiného člověka, aniž bychom vynechali jeho vlastní postoje, názory a pocity. Zároveň je těžké se spolehnout pouze na zdroj informací od člověka, jehož rysem zakoušení světa je také ztráta kontaktu s realitou. Z toho důvodu jsem si dovolila navrhnout způsob šetření vývojových psychosociálních potřeb duševně nemocných z více informačních zdrojů. Těmi byl pacient, jeho blízký, lékař a psychosociální pracovník. (Scheansová 2007/6)

Z výsledků mého 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. (tamtéž)

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 mohu říci, že reaguje na vývojové potřeby všech dvaceti pacientů s psychotickým onemocněním, kteří byli objekty tohoto šetření. (tamtéž)

III. NÁVRH PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE PRO DVACET PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ

Motto:

„I psychotik, jakkoli autistický, v podstatě zůstává společenským jedincem, jehož popření komunikace je také určitou formou komunikace, tj. výrazem hlubokého, nešťastného selhání v mezilidských vztazích. Jedinec, který nedochází potvrzení sama sebe a uznání v sociálním kontextu, jehož zkušenost by byla chronicky znehodnocována druhými lidmi, je odsouzen k zániku nebo vážné psychické poruše. Je nutno se zabývat sociální dimenzí psychických chorob, jak v rámci zkoumání etiopatogeneze, tak v rámci komplexní terapie. První „diagnóza“ psychické choroby je ostatně nikoli diagnózou medicínskou nebo psychologickou, ale diagnózou 'společenskou', kterou hodnotí malá společenská skupina více či méně závažné odchylky v chování jedince od svých sociálních norem a zvyklostí.“ (Syřišťová 1989, s.14-15)

1. VÝSTUP ŠETŘENÍ VÝVOJOVÝCH PSYCHOSOCIÁLNÍCH POTŘEB DVACETI PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ

V druhé části této studie jsem potvrdila základní hypotézu 1, která zněla: „Psychosociální potřeby dvaceti psychotických pacientů jsou v souladu s Eriksonovou teorií lidského vývoje.“ Z toho vyplývá, že soubor dvaceti mladých lidí s diagnózou psychotického onemocnění, kteří byli předmětem šetření, vykázal psychosociální potřeby, které lze považovat za přirozené pro duševně zdravého jedince. Dle Eriksona vede nenaplnění vývojových potřeb u zdravého člověka k psychické destabilizaci.

Konkrétně jsem se zabývala vývojovými potřebami odpovídajícími adolescenci a dospělosti. Jednalo se o vývojovou potřebu nalezení vlastní identity, vývojovou potřebu intimity a vývojovou potřebu generativity. Těmto psychosociálním potřebám v šetření odpovídal zájem a možnost osamostatnit se od primární rodiny, zájem a možnost hledat si životního partnera a zájem a možnost realizovat se v oblasti zaměstnání či zájmové činnosti.

Pokud předpokládám, že pro duševní zdraví je důležité rovněž naplnění zmíněných vývojových potřeb, pak skutečnost, že teorie lidského vývoje byla potvrzena i v souboru dvaceti psychotických pacientů, naznačuje, že návrh kvalitní psychosociální péče o tyto pacienty by měl reflektovat i zaznamenané vývojové potřeby.

Pro připomenutí zrekapituluji souhrn výsledků šetření vývojových psychosociálních potřeb dvaceti pacientů trpících psychotickým onemocněním.

Potřeby pacientů osamostatněných od primární rodiny:
Zůstat bydlet ve svém současném domově, popřípadě hledat jiné místo k bydlení (s nižším nájmem či větším soukromím). Mít spolubydličiho či zůstat bydlet sám. Vykonávat pravidelně nebo občas domácí práce. Finančně přispívat na vedení domácnosti minimálně čtvrtinou svého příjmu či více. Pravidelně se podílet na rozhodování o vedení domácnosti.

Potřeby pacientů neosamostatněných od primární rodiny:

Zůstat zatím bydlet s rodiči nebo se od nich osamostatnit. Nebydlet sám, ale mít spolubydličího, popř. projekt chráněného bydlení. Vykonávat pravidelně domácí práce. Finančně přispívat na vedení domácnosti, v některých případech méně než čtvrtinou svého příjmu. Podílet se pravidelně na rozhodování o vedení domácnosti.

Potřeby pacientů v partnerském vztahu:

Udržet partnerský vztah, popř. ho stabilizovat. Žít s partnerem ve společné domácnosti.

Potřeby pacientů bez partnerského vztahu:

Hledat si partnera. Více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví. Udržovat a posilovat vztahy s přáteli a hledat nové přátele.

Potřeby realizujících se pacientů:

Udržet si zaměstnání nebo změnit typ zaměstnání. Pokračovat ve vzdělávání. Věnovat se pravidelně zálibám. Trávit volný čas konstruktivnějším způsobem než před hospitalizací.

Potřeby nerealizujících se pacientů:

Hledat si zaměstnání (nejčastěji v oboru služeb, výroby) nebo projekt chráněné práce. Přicházet v zaměstnání do kontaktu s lidmi (pracovat v týmu spolupracovníků či pracovat maximálně se dvěma spolupracovníky, popř. pracovat sám, ale přicházet denně do kontaktu s lidmi). Být v pracovní pozici podřízeného. Pokračovat ve vzdělávání. Věnovat se pravidelně zálibám. Trávit volný čas konstruktivnějším způsobem než před hospitalizací.

Motto:

„V totální instituci je základní rozdělení na velkou řízenou skupinu vhodně označenou chovanci a malý dohlížejší personál. Chovanci typicky žijí v instituci a mají omezený kontakt s vnějším světem za zdmi; personál často pracuje v osmihodinových směnách a je společensky začleněn ve vnějším světě. Obě skupiny mají sklon se navzájem vnímat pouze v nepřátelských stereotypích, personál často vnímá chovance jako zatrpklé, uzavřené a nedůvěryhodné, zatímco chovanci často vnímají personál jako přezíravý, panovačný a zlý. Personál má sklon považovat se za nadřazený a spravedlivý; chovanci mají, alespoň v některých případech, sklon se cítit podřazení, slabí, zasluhující pokárání a vinní.“ (Goffman 1961, s.7)

2. ŠETŘENÍ KVALITY PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE NA AKUTNÍM ODDĚLENÍ PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY

2.1. FORMULACE HYPOTÉZ

Zajímalo mne, do jaké míry kvalita psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny byla v souladu s výsledky šetření vývojových potřeb. Za tímto účelem jsem formulovala následující hypotézy.

♣ Základní hypotéza 2: Psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny pacientům umožňuje naplnění vývojových potřeb.

• Pracovní hypotéza 7: 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.

• Pracovní hypotéza 8: 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.

• Pracovní hypotéza 9: 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.

→ Operační definice 6: Psychosociální péče spočívající v tréninku samostatnosti a zodpovědnosti, která směřuje k možnosti vést samostatnou domácnost, může zahrnovat následující: trénink domácích prací, trénink zodpovědné manipulace s penězi, trénink v rozhodování o vedení domácnosti, nabídku chráněného bydlení,

práci s motivací pacienta a jeho rodiny k osamostatnění, nabídku rodinné a individuální podpůrné terapie a nabídku svépomocných skupin pro pacienty a příbuzné.

→ Operační definice 7: Psychosociální péče spočívající v tréninku komunikačních dovedností, která směřuje k možnosti hledat si partnera, popř. udržet partnerský vztah, může zahrnovat následující: nabídku partnerské, skupinové a individuální terapie, nabídku společenských příležitostí pro navázání přátelství a setkání s lidmi opačného pohlaví.

→ Operační definice 8: Psychosociální péče spočívající v pracovní rehabilitaci, která směřuje k možnosti hledat si či udržet zaměstnání, popř. k realizaci v zájmové činnosti, může zahrnovat následující: nabídku chráněného zaměstnání, pracovní terapii, poradenství a práci s motivací pacienta k seberealizaci.

2.2. ZPŮSOB ŠETŘENÍ

Základní hypotéza 2 byla ověřena na základě šetření 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 vývojových 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.

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

2.2.1. Interview s vedoucím lékařem oddělení akutní péče psychiatrické léčebny

Kolik pacientů je na vašem oddělení?

Padesát.

Po kolika lůžcích máte pokoje na oddělení?

Od dvou po osm lůžek.

Má pacient možnost bydlet v pokoji sám?

Ne.

Má pacient příležitost podílet se na úklidu oddělení?

Ano, má. Střídá se služba v kuchyňce a je tu určitá výpomoc s chodem oddělení včetně úklidu. Například o víkendu si pacienti uklízejí spoustu věcí sami.

Kolik času stráví v průměru pacient úklidem?

Tak to nevím.

Vykonávají pacienti ještě nějakou aktivitu, která by se dala nazvat domácí práce? Například, že by se podíleli na servírování jídla nebo si mohli v kuchyňce sami připravovat vlastní jídlo?

To se nesmí. Z hygienických důvodů.

Má pacient příležitost si nakupovat?

Ano, to má. Určí se nákupčí pro pacienty, kteří ještě nemají volný pohyb, a ostatní si v rámci volných nebo společných vycházek chodí nakupovat sami. Ale oficiální nákupčí není. Je to vždy na domluvě. Možnost nakupovat si ovšem mají.

Je v nějaké míře uplatňován na oddělení tzv. komunitní model péče?

Mají pacienti například nějakou formu samosprávy?

To funguje. V přízemí to sice není, protože tam jsou většinou horší pacienti - ti ležící, organické poruchy, atd. V patře jsou „lepší“ pacienti, kde je vždycky jeden člověk, který má samosprávu. Ten zjišťuje, co spolupacienti potřebují od lékařů, domlouvá pohovory, volné vycházky, atd.

Napadá vás, jakými způsoby pacient může zakoušet zodpovědnost na vašem oddělení?

Zodpovědnost začíná už tím uvolněním pohybu. Tehdy zakoušejí zodpovědnost, že se vrátí v pořádku a budou pokračovat v léčbě, že z volné vycházky neutečou.

Jak funguje sociální pracovnice u vás na oddělení? Co je náplní její práce?

Dělá všechno. Nedělá jenom výběry peněz, zařizuje důchody, zařizuje umístování pacientů do jiných zařízení. Pomáhá jim i s ubytováním, pokud ti pacienti jsou bezprizorní. Pomáhá jim s hledáním nějaké práce.

Má pacient příležitost, aby mu byl vyjednáván během hospitalizace projekt chráněného bydlení?

Samozřejmě, to vyjednává sociální pracovnice.

A kdo bývá aktivnější v takovém případě? Je to sociální pracovnice nebo spíše pacient (popřípadě jeho rodina), který přichází za sociální pracovníci s konkrétní objednávkou?

Je to častěji vymyšleno ošetřujícím lékařem a pacientovi se dá nějaká nabídka, z které on si potom vybere. Tady musíte počítat s tím, že pracujete s lidmi, kteří už mají defekt a v té sociální oblasti docela selhávají. Je jim potřeba pomoci, protože oni to často nedokážou vymyslet. Sociální pracovnice je určitě aktivní v přístupu vůči pacientům.

V jakém rozsahu funguje na vašem oddělení pracovní rehabilitace?

Tady na pavilonu běží pracovní terapie v patře. Máme tu pracovní terapeutku a chodí nám sem ještě externí pracovní terapeutky, které však pomáhají spíš s hledáním pracovních míst.

Když odsud pacienti odcházejí, je jim tu nějakým způsobem vyjednáváno například chráněné zaměstnání?

No jasně.

A to je tedy aktivita sociální pracovnice?

A ošetřujícího lékaře.

Nabízí se jim to i v případě, že jsou pacienti pasivní a nic moc nevědí a nechtějí?

Pokud si myslíme, že by to bylo ku prospěchu věci u daného pacienta, že je to v jeho schopnostech, tak se mu to doporučí. *Když je pacient přijat na oddělení, je tam někdo (lékař, psycholog nebo sociální pracovnice), kdo prověřuje pacientovy psychosociální potřeby?*

Jistě. To se dělá už u vstupního vyšetření, kdy se zjišťuje, kde pacient bydlí a s kým, jestli pracuje nebo je evidovaný na úřadu práce, jestli má důchod.

A na základě toho se navrhuje nějaký léčebný plán, když se získávají tyto informace?

Samozřejmě. Když se zjistí, že pacient přišel o byt v rámci svého onemocnění, tak se mu zajišťuje, aby se měl, kam vrátit.

Aniž by on o to musel žádat?

Ano.

Do jaké míry funguje rodinná terapie na oddělení?

Rodinná terapie jen v rámci individuálních sezení s ošetřujícím lékařem. Zatím tu neběží nějaká systematická rodinná terapie. Když je ale potřeba nebo projeví lidi zájem, tak se tomu určitě nebráníme. Ta možnost tu je.

Jsou k dispozici skupiny příbuzných? Odkazujete na ně? Pracujete nějak s rodinami pacientů?

Pokud si myslíme, že ta rodina se nějak méně zapojuje, že s nimi potřebujeme mluvit o pacientovi nebo o nějaké jeho další budoucnosti, tak určitě, ale jinak to necháváme více na nich. V tomto ohledu na ně nijak netlačíme.

Sociální síť pacienta tedy prověřuje ošetřující lékař?

Sociální pracovnice a ošetřující lékař.

Funguje u vás na oddělení psycholog? Jaká je jeho pracovní náplň?

Vede terapeutické skupiny, má individuální pohovory s pacienty a dělá psychodiagnostiku. Psychoterapie je tu tedy skupinová i individuální.

V jaké míře je pacient a jeho blízký obeznámen s formami následné péče, když v tomto ohledu neví, o co jde?

Samozřejmě je obeznámen.

Kolik času se do toho zhruba investuje? Dostanou pacienti nějaké konkrétní informace nebo se jim jen řekne: 'Máte si někde zařídit doléčování'...

Tak samozřejmě, že se jim řekne: 'máte si někde zařídit doléčování', ale dají se jim kontakty. Když je to rodina schopná udělat sama, tak jsme samozřejmě raději, ale kontakty jim dá buď zase lékař nebo sociální pracovnice.

Ptám se proto, že když jsem tu před dvěma lety realizovala šetření k této práci, tak jsem měla v souboru pacienty ze všech čtyřech pavilonů akutní péče a kontaktovala jsem jejich blízké. Velmi často si matky a jiní blízcí pacienta stěžovali na nedostatek informací ohledně toho, co s pacientem dál. Mluvili o tom, jak si složitě zjišťovali informace přes své známé a přes internet, např. kontakt do Psychoterapeutického sanatoria Ondřejov nebo Psychiatrického Centra. Cítili se velmi špatně a neinformovaní.

Já vím, jenomže ono je zase rozdíl mezi tím, co oni vám řeknou a jaká je realita. Dost často jsme se setkali s tím, že naprosto bezpečně vím, že těm lidem to bylo ne jednou, ale vícekrát vysvětlováno a oni pak si jdou a řeknou, že jim nikdo nic neřekl. To je zase druhá věc.

Tomu rozumím, já nechci být kritická. Ptám se kvůli tomu, že tato informace se při šetření vícekrát objevila.

Asi takto, když přijde rodina a řekne 'chodí na Ondřejov, domluvíme tam stacionář', tak já už do toho neintervenuji. Ale pokud mi řeknou 'nevíme, co s ním', tak samozřejmě, že jim vysvětlím, jaké jsou možnosti.

Je pacient nějakým způsobem účasten na vytváření svého léčebného plánu?

Mělo by mu to být vysvětleno, nebo se o to aspoň snažíme, ale zřejmě to nebude vždycky stoprocentní. Vysvětluje se však, alespoň těm, kteří jsou schopni to pochopit, co se s nimi bude dít, jaký je výhled, jaké jsou možnosti, jaké jsou nežádoucí účinky medikace, co je zkratka čeká. V tom smyslu se s pacienty mluví. A oni mají možnost nějak vyjádřit svůj názor a bere se to úvahu? Pokud odmítnou léčbu a řeknou 'tenhle lék brát nebudu', tak nelze nic dělat a hledá se jiný.

Mohou se pacienti během léčby věnovat nějakým svým zálibám? Já vím, že to zní velmi obecně, ale chci se zeptat, jak jsou na tom s volným časem a jaké mají možnosti, například co se týče opouštění oddělení?

To je závislé na tom, v jaké kondici jsou.

Takže každý má svůj individuální plán? Nejsou tady nějaká obecná pravidla léčby, která by platila pro každého?

Ano, mají individuální plány. Obecná pravidla v tomto ohledu nemáme.

Mají pacienti možnost se tu nějak během léčby vzdělávat? Jestli mají nějaké edukativní programy, například ve FOKUSu funguje sociální klub.

Tady to je akutní oddělení. FOKUS zajišťuje následnou nebo-ti extramurální péči, ale tady řešíte trochu něco jiného než jejich vzdělávání.

Já tomu rozumím, přesto se ptám, jestli...

Ne.

Za jakých podmínek může pacient na vycházky?

To záleží na jeho zdravotním stavu. Na tom, aby si nic neudělal, aby neudělal nic nikomu jinému, aby byl schopen se v pořádku vrátit.

Takže třeba může chodit na vycházky každý den, pokud je v pořádku?

Ano. Tady je řada lidí, kteří mají volné vycházky. Ti odejdou ráno po komunitě, jdou na nějaký program, potom přijdou na oběd, odpoledne mají zase nějaký program a volný čas.

No mně jde právě o to, jestli ten volný čas, kterého tu mají pacienti asi dost, mohou aktivně využívat, například za asistence terapeuta nebo zdravotní sestry, nebo jestli nemají co dělat.

Tady celý den běží program. Centrální terapie, socioterapeutická farma, rehabilitační cvičení, sport.

Když jsem se ptala na vzdělávání, tak mne zajímalo, jestli třeba mají možnost na centrální terapii chodit na nějaké edukativní programy.

Ano, vlastně funguje edukační program pro schizofreniky (EVOS), to běží formou videoprojekce. Ale nic jiného nemají.

A návštěvní hodiny jsou každý den?

Ano.

A kolik hodin každý den?

Od rána do osmi do večera. V osm by už návštěvy měly odcházet.

A můžete mi říci třeba dnešní program pro pacienty? Nějaký režim průměrného dne.

Vstanou, nasnídají se...

V kolik hodin?

V půl osmé se nasnídají, to se střídá po patrech. Pak mají nějakou chvilku na hygienu a na úklid pokoje před vizitou. Pak je komunita, která začíná v devět hodin. Po komunitě je vizita a pak začíná program. Část programu běží tady na oddělení. Máme tu terapeutku, která vede pracovní terapii, cvičí s pacienty, relaxuje s nimi. Myslím, že se jim věnuje víc než dost. Pacienti, kteří mají společné vycházky, mohou chodit na psychogymnastiku, léčebný tělocvik a pacienti s volnými vycházkami mají program na pavilonu centrální terapie, mohou v socioterapeutické farmě na koně nebo mají psychoterapii. To jsou běžné programy.

Prve jste se zmínil, že pacienti mohou využívat také individuální psychoterapii, pokud mají zájem.

Individuální psychoterapii?

Myslím podpůrnou.

To určitě, ale hlubinná psychoterapie nebo něco takového tu neběží.

Rozumím, myslím podpůrnou terapii - když si pacienti chtějí popovídat o tom, co prožívají, když se cítí špatně...

No jasně.

A jak to funguje? Pacient si musí zažádat, nebo někdo za ním přijde, když se nezdá dobrý, nebo pravidelně jsou všichni kontaktováni?

Když se zdá, že ten člověk to potřebuje, tak sám vyvím iniciativu k individuálnímu pohovoru. Ale když nechce mluvit, tak k tomu nikoho nedonutíte. Alespoň částečně se to s psychotickými pacienty probere.

Ten, kdo je aktivní, tak si pozornost okolí dokáže zajistit.

Zajímá mne však, jestli ji bude mít i ten, kdo je pasivní, uzavřený nebo má strach.

Když je na něm vidět, že mu je špatně nebo se projevuje tak, že se nám něco nezdá, tak do toho samozřejmě aktivně vstupujeme.

Když dojde ke konfliktu mezi pacienty, jak se řeší?

Podle toho, jak vážný konflikt to je.

Tak například, když se pacienti hodně pohádají, ale nedojde k tělesnému napadení...

Tak to se řeší tím, že si společně o tom promluvíme. Takové záležitosti, které se týkají více lidí, se někdy řeší na komunitě.

Když je to nějaký větší problém, třeba když se ztrácejí věci a

tak. A pokud dojde k brachiálnímu násilí, tak to už řešíme trochu jinak, a to překladem na neklidové oddělení.

A medikací se to taky řeší?

Taky.

A jak konkrétně získává pacient informace o své nemoci během léčby?

Od lékaře.

A jeho okolí?

Taky od lékaře.

A je to tehdy, když má okolí zájem, nebo jsou blízcí pacienta sami nějak kontaktováni z vaší strany?

Obojí funguje.

A co se týče náhledu pacienta na nemoc, tak s tím se nějak pracuje?

No jistě.

Řídí se oddělení nějakou filozofií, principy léčby? Je něco, na co kladete při své práci důraz, a vyžadujete, aby se tím personál řídil?

Ono to bude znít asi jako klišé, ale já osobně kladu důraz na empatický a důstojný přístup vůči pacientovi. Chci, aby se s ním jednalo citlivě. Nemám rád, když by se jeho intimní věci probíraly veřejně, a tak. Mám raději individuální přístup. Ale zároveň chci, aby oddělení mělo včetně programu nějakou strukturu, neboť psychotici tu strukturu často ztrácejí, a manici taky.

Uplatňuje se tu konfrontační terapie?

Co to je konfrontační terapie?

To, že terapeut může být vnímán i jako nepříjemný. V extrémním případě, když by pacient neměl náhled, tak terapeut by neprojevoval příliš empatie a řekl mu třeba, že jeho chování je úplně nemožné a že skončí špatně.

Nemyslím, že by se mu řeklo, že je úplně nemožný, ale to konfrontační tam asi funguje, zvláště u nějakých poruch osobnosti a takových lidí, kteří jsou úplně bez náhledu a kteří dost často zneužívají zdravotnickou péči, tam asi ano.

Jsou tady pacienti nějakým způsobem omezováni, například kurtováním a tak?

Minimálně.

Ale objeví se to?

Objeví se to, ale je to z terapeutických důvodů. My tady nekurtujeme pacienty kvůli neklidu jako takovému. Máme tu například nakurtovaného zmateného pána kvůli tomu, aby mu vykapala infuze a nestačil si ji vytrhnout. Ale že bychom tady měli pacienty nakurtované dvacet čtyři hodin, to ne.

A pracuje se s tím nějak, vysvětlí se to pacientům?

Vzhledem k tomu, že ti pacienti, kteří jsou kurtováni, nemají rozlišovací schopnosti na příliš vysoké úrovni, tak já mám obavu, že se jim to vysvětlí velmi krátce. Někdy prostě ten zdravotní stav neumožňuje plně vysvětlit, co se s ním teď momentálně děje. *Mně teď nejde vyloženě o toho pacienta, který je zmatený a kurtovaný, ale třeba když sem přijde nový pacient a vidí mříže a přikurtovaného spolupacienta, tak to v něm může vzbuzovat úzkost. Tak se mu to vysvětlí.*

Hovoří se tedy o tom, když dojde k omezení nějakého pacienta?

Já myslím, že pokud ten člověk na to je, tak se mu vždycky vysvětlí léčebný postup, který s ním lékař plánuje, včetně omezení. Ale zároveň ta kategorie pacientů, kteří se začínají omezovat, už jakoby sama o sobě svědčí pro to, že ten člověk není na tom natolik dobře, aby byl schopen plně chápat svou situaci nebo souvislosti, které jsou s tím spojené.

Kdo profesně tvoří pracovní tým oddělení? Kolik lidí je ve službě?
Pět lékařů a primářka, dále staniční sestra, sociální pracovníce, psychologka, provozní asistentka a v jedné směně je okolo šesti zdravotních sester (případně ošetřovatelů).

Jakým způsobem pracujete na vašem oddělení se syndromem vyhoření?
Formou ballintovské skupiny. Jednou měsíčně v léčebně probíhá supervizní skupina pod vedením dr. Hellerové.

Takže je to dobrovolné. Kdo potřebuje, tak toho využije.

Ano. Supervize však běží i na poradách oddělení. Myslím, že to je prevence vyhoření.

Pokud byste získal prostředky k tomu zkvalitnit péči na vašem oddělení, v jaké oblasti byste je využil?

Jednoznačně rekonstrukce sociálního zařízení pro pacienty.

A můžete být konkrétnější?

Záchody, koupelna pro pacienty.

To je celé?

To je celé. Jestli chcete jednu věc ...

Může toho být více.

Tak celé to tu zrekonstruovat. Ale já bych byl fakt šťastný za ty záchody, protože jsou v tak katastrofickém stavu, že mi je až stydno dělat vedoucího tohoto oddělení.

Ale kdybych měl neomezené finance, určitě bych si sem vzal dalšího psychologa, dalšího pracovního terapeuta, posílil bych lékaře tak o dva, zvýšil bych počet zdravotních sester aspoň na osm v denní směně a investoval bych také do nějakého komfortu celého oddělení.

Zlepšení komfortu oddělení, to není jenom o tom sociálním zařízení, ale také o pokojích, které jsou někdy po osmi lůžcích, jsou velké, neútulné, s vysokými stropy, netěsnícími okny.

Takže byste pacientům dopřál i jednolůžkový pokoj?

Určitě. Já dokonce vidím, jaký by byl o něj zájem.

Co považujete ve vašem zaměstnání za zajímavé?

Životní příběhy lidí, tedy pacientů.

A v čem, můžete to trochu rozvést? Je to jako dívat se na film?

Já myslím, že každý psychiatr musí být tak trochu příběhář, musí ho zajímat ty osudy lidí, musí ho zajímat sledovat je a pokud možno tak jim pomoci v nějakých krizových situacích.

Takže může to být také o kontaktu s lidmi?

Ano, je to o kontaktu s lidmi.

O kontaktu s lidmi, kteří mají zajímavé životní příběhy...

Zajímavé - každý má nějaký příběh a díky tomu, že ten pacient je můj, tak už tím je ten příběh pro mne zajímavý.

Mne zajímalo, jestli ten zájem je spíše neosobní nebo jestli jde více o návazání kontaktu.

Bez nějaké angažovanosti se to asi dělat nedá.

Dobře, to stačí. Děkuji vám za spolupráci a čas.

2.2.2. Pozorování na oddělení akutní péče psychiatrické léčebny

Pozorování na oddělení probíhalo během sběru dat od pacientů a lékařů v rámci šetření vývojových potřeb, při rozhovoru s vedoucím lékařem a účastí na programu ranní komunity.

Personál se jevil v kontaktu s pacienty vstřícný, klidný a strukturující. Komunikace probíhala formálně, s respektem k paternalistickému modelu péče. Hlavní úlohu poskytovatele péče plnil lékař, který zjišťoval veškeré údaje od pacientů a navrhoval léčebná opatření. Sekundární lékaři byli převážně v předatestační přípravě, což znamenalo, že na oddělení působili přibližně po dobu tří až šesti měsíců, a poté přešli na jiné oddělení. Psycholožka se věnovala především psychodiagnostice a vedla terapeutickou skupinu. Terapeutka na oddělení docházela z jiného pavilonu, vedla pracovní terapii a relaxační cvičení. Střední zdravotnický personál vykonával ordinace lékaře a zajišťoval běžný provoz oddělení, v rámci ošetřovatelského procesu samostatně s pacienty nepracoval. Na padesát pacientů bylo v denní službě šest lékařů včetně primářky, sociální pracovnice, psycholožka a sedm zdravotních sester včetně staniční sestry.

Primární léčba byla biologická. Lékaři ve své pracovní době neměli dostatek času na kontinuální individuální psychoterapii ani nevedli terapii skupinovou. Psychoterapeuticky se vzdělával pouze vedoucí lékař, psycholožka a dvě sekundární lékařky. Sociální pracovnice zajišťovala především administrativní úkony související se sociálním zabezpečením pacientů.

Pacienti byli dělení dle zdravotního stavu do tří skupin. V akutním stavu byli v léčebném programu „bez vycházek“ - to znamená, že se mohli zúčastnit programu na oddělení, ale nesměli opustit oddělení. Když se více stabilizovali, mohli získat „společné vycházky“ - to znamená návštěvu terapeutických programů mimo oddělení ve skupince za doprovodu personálu, případně mohli opustit oddělení v doprovodu návštěvy. Pokud obstáli a jejich zdravotní stav se opět o něco zlepšil, mohli na „volné vycházky“ - to znamená, že se mohli pohybovat po areálu léčebny samostatně, bez doprovodu personálu. Při společných a volných vycházkách pacienti mohli žádat o víkendové propustky s doprovodem, případně o existenční propustku s doprovodem za účelem vyřízení neodkladných záležitostí. Pacienti každý den referovali lékaři o svém zdravotním stavu buď před ostatními pacienty na ranní komunitě nebo při vizitě na pokojích. Poté s nimi dle závažnosti lékař hovořil individuálně ve své pracovně.

Oddělení fungovalo dle hierarchického modelu. Pokud byli pacienti zapojeni do úklidu na oddělení, tak jen ve velmi omezené míře. Na oddělení docházela uklízečka. Samospráva fungovala na oddělení rovněž ve velmi omezené míře, jednalo se jen o nahlášení žádostí od ostatních pacientů směrem k personálu. Sociální pracovnice vyjednávala chráněné bydlení a chráněné zaměstnání pro potřebné pacienty. Rodinná terapie probíhala v rámci jednorázových konzultací s rodinou za přítomnosti pacienta i bez jeho přítomnosti - převážně z iniciativy rodiny, někdy však i z iniciativy lékaře. Pacient i jeho rodina byli lékařem

informování o možnostech v rámci následné péče, důraz se kladl na udržení medikamentózní léčby, s doporučením také podpůrné psychoterapie a pracovní rehabilitace. Kontinuální individuální psychoterapie na oddělení neprobíhala. Skupinová terapie byla k dispozici jen pro vybrané stabilizovanější pacienty a úroveň byla limitovaná složením pacientů, jejich nedostatečnou motivací a vedlejšími efekty medikace na jejich vnímání a koncentraci. Pacienti nebyli podporováni k osamostatnění od primární rodiny, lékař často považoval za vhodnější pro pacienta zůstat s rodinou.

Na oddělení byli pouze pacienti mužského pohlaví. Většina personálu byla pohlaví ženského (zdravotní sestry, lékařky, pracovní terapeutka, psycholožka, sociální pracovníce). V rámci některých programů na pavilonu centrální terapie pacienti přicházeli do kontaktu i s pacientkami z jiných oddělení. Navazovat intimní vztahy mezi pacienty lékaři nedoporučovali vzhledem ke zvýšené genetické zátěži duševního onemocnění pro případné potomky.¹ Personál nesměl s pacientem navázat intimní vztah z etických důvodů, jednalo by se o zneužití mocensky silnějšího postavení. Partnerská terapie probíhala v rámci jednorázových konzultací s lékařem pouze pro pacienty, kteří žili v trvalém partnerském vztahu. Pacienti měli příležitost hovořit o zkušenostech a nejistotě v partnerském vztahu v rámci individuálních pohovorů s lékařem nebo psycholožkou a při skupinové terapii. Aktivita v této oblasti však musela vyjít ze strany pacienta. Na oddělení nebyly k dispozici žádné speciální terapeutické ani edukační programy zaměřené na téma partnerských vztahů a intimity. V rámci obecných terapeutických programů pacienti zažívali trénink komunikačních dovedností. Pacienti mohli na oddělení mezi sebou navazovat přátelství. Sdíleli společně pokoje, navštěvovali terapeutické programy, což usnadňovalo navázání vzájemné důvěry. Intenzivní medikamentózní léčba, respektive její vedlejší účinky, a povaha akutní fáze psychotického onemocnění však zpravidla omezovaly emoční prožívání a snižovaly dispozici a aktivní zájem o vztahování se k druhým.

Na oddělení běžel program pracovní terapie a zdravotní rehabilitace, pacienti navštěvovali také aktivity v areálu léčebny, například košíkářskou dílnu, sklenářský ateliér, arteterapii, keramickou dílnu, hippoterapii. Trénovali manuální zručnost, koncentraci a trpělivost. Rozvíjeli svou kreativitu a zažívali pocit hmatatelného výsledku vlastní práce. Po ukončení hospitalizace byl pacientům s invalidním důchodem doporučován projekt chráněné práce. Na oddělení docházely pracovní terapeutky, které zprostředkovávaly chráněné zaměstnání pro pacienty. Pacienti byli v léčbě motivováni k pracovní činnosti a aktivnímu využívání volného času. Při diagnóze dlouhodobého psychotického onemocnění bylo pacientům často doporučováno vyřízení invalidního důchodu.

¹ Jiné, otevřené, oddělení akutní péče bylo koedukované, ale pokud se objevil intimní vztah mezi pacienty, tak byl jeden z nich přeřazen na jiné oddělení z důvodu kontraindikace pro skupinovou psychoterapii.

2.3. VYHODNOCENÍ ŠETŘENÍ

2.3.1. Potvrzení pracovní hypotézy 7

Výstupem pozorování a interview 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.“

Pacienti během léčby zakoušeli zodpovědnost za své jednání především způsobem *uvolňování pohybu*. Posilovali zodpovědnost tím, že se opakovaně vraceli v pořádku z vycházek.

V omezené míře byl na oddělení realizován i trénink domácích prací. Pacienti byli vedeni k tomu, aby si udržovali pořádek na pokoji a střídala se služba v kuchyňce na mytí nádobí. Pacienti si sice nesměli připravovat v kuchyňce na oddělení vlastní jídlo, ale mohli navštěvovat na pavilonu centrální terapie pracovní terapeutický program zaměřený na vaření.

Pacienti sice neměli v nabídce žádný terapeutický program, při kterém by trénovali zodpovědnou manipulaci s penězi, ale mohli si nakupovat jídlo v blízkém obchodě (pro pacienty bez vycházek byl určen nákupčí).

Pacienti sice neměli během léčby příležitost zažívat trénink v rozhodování o vedení domácnosti, ale v omezené míře fungovala samospráva na oddělení v tom smyslu, že v části oddělení mezi stabilizovanějšími pacienty jeden zjišťoval, co spolupacienti potřebovali od lékařů, domlouval pohovory, volné vycházky, atd.

Sociální pracovnice vyjednávala chráněné bydlení pro potřebné, pacienti neopouštěli oddělení po ukončení léčby bezprizorní.

Rodinná terapie na oddělení probíhala formou jednorázových konzultací s rodinou za přítomnosti pacienta i bez jeho přítomnosti. V tomto směru iniciativu vyvíjeli častěji pacienti blízcí, ale pokud lékař měl dojem, že rodina pacienta nejevila zájem, tak ji kontaktoval sám. Pacient i jeho rodina byli lékařem informováni o možnostech následné péče, vedle medikamentózní léčby byla doporučována také podpůrná psychoterapie a pracovní rehabilitace.

Kontinuální individuální psychoterapie na oddělení neprobíhala. Lékaři a psycholožka však poskytovali podpůrné individuální pohovory, zpravidla na žádost pacienta. Skupinová psychoterapie byla určena jen pro stabilizovanější pacienty. Svépomocná skupina pro příbuzné pacientů byla v areálu léčebny k dispozici a lékař návštěvu skupiny blízkým doporučoval.

Pracovní hypotéza 7 byla sice v základních bodech potvrzena, ale dle mého názoru lze pacienty na akutním oddělení psychiatrické léčebny více aktivizovat a předcházet syndromu hospitalismu.

2.3.2. Potvrzení pracovní hypotézy 8

Na základě pozorování a interview 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.“

Při psychoterapeutických a socioterapeutických programech pacienti měli *příležitost zažít korektivní zkušenost* v rámci mezilidských vztahů a rozvíjet komunikační dovednosti.

Partnerská terapie na oddělení probíhala v rámci jednorázových konzultací s lékařem, a to pouze pro pacienty, kteří žili v trvalém partnerském vztahu. Pacienti měli příležitost hovořit o zkušenostech a nejistotě v partnerském vztahu při individuálních pohovorech s lékařem nebo psycholožkou a při skupinové terapii. Aktivita v této oblasti však musela vyjít ze strany pacienta. Na oddělení nebyli k dispozici žádné speciální terapeutické ani edukační programy zaměřené na téma partnerských vztahů a intimity. V rámci obecných terapeutických programů pacienti zažívali trénink komunikačních dovedností.

Oddělení mělo kapacitu padesát lůžek a byli tam hospitalizováni pouze muži. Pokoje byly od dvou po osm lůžek. Oddělení bylo uzavřené, což znamená, že dveře oddělení byly trvale zamčené. Pacienti mohli mimo oddělení pouze v rámci programu společných nebo volných vycházek.

Většina personálu byla pohlaví ženského (zdravotní sestry, lékařky, pracovní terapeutka, psycholožka, sociální pracovnice). V rámci některých programů na pavilonu centrální terapie pacienti přicházeli do kontaktu i s pacientkami z jiných oddělení. Za pacienty mohly na oddělení docházet návštěvy každý den, od 10 do 20 hod.

Pacienti mohli na oddělení mezi sebou navazovat přátelství. Sdíleli společně pokoje, navštěvovali terapeutické programy, což usnadňovalo navázání vzájemné důvěry. Personál nesměl s pacientem navázat intimní vztah. Na koedukovaném oddělení by bylo navázání intimního vztahu mezi pacienty považováno za kontraindikaci pro skupinovou psychoterapii.

Pracovní hypotéza 8 byla sice v základních bodech potvrzena, ale dle mého názoru lze na akutním oddělení psychiatrické léčebny zintenzivnit a zkvalitnit terapeutickou práci s pacienty - jak skupinovou formou v rovině nácviku sociálních dovedností a vzájemné zpětné vazby, tak individuální formou v rovině motivačních pohovorů a podpůrné psychoterapie.

2.3.3. Potvrzení pracovní hypotézy 9

Na základě výstupu pozorování a interview 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“.

Na oddělení běžel program *pracovní terapie*. Pacienti navštěvovali chráněné dílny v areálu léčebny, například dílnu košíkářskou, svíčkařskou, keramickou, sklenářskou, programy arteterapie a hippoterapie.

Na oddělení docházely pracovní terapeutky, které pacienty k práci motivovaly a zprostředkovávaly zaměstnání.

Pacientům s dlouhodobou formou psychotického onemocnění sociální pracovníce navrhla vyřizování invalidního důchodu. Pacienti byli terapeuti i lékařem motivováni k projektu chráněné práce.

Pacienti mohli hovořit o motivaci a nejistotě ohledně udržení zaměstnání také při skupinové terapii a individuálních pohovorech.

Pracovní hypotéza 9 byla sice potvrzena, ale dle mého názoru lze na akutním oddělení psychiatrické léčebny zkvalitnit a zintenzivnit psychoterapii i pracovní terapii.

2.3.4. Potvrzení základní hypotézy 2

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.

Výše 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.“ Výše 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.“ Výše 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.“

2.4. MOŽNÉ ZEFEKTIVNĚNÍ POSKYTOVANÉ PÉČE NA AKUTNÍM ODDĚLENÍ PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY

Základní hypotéza 2, která zněla: „Psychosociální péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny pacientům umožňuje naplnění vývojových potřeb“, byla potvrzena. Z výstupu šetření však bylo možné zvažovat, zda-li nabízené služby dosahovaly optimální kvality. Dle mého názoru zefektivnění péče akutního oddělení mohlo zahrnovat následující.

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 psychologka a jedna sociální pracovníce. 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.

Motto:

*„Je ospravedlnitelné považovat termín 'nemoc' jako náležící nikoliv akutnímu rozrušení, ale pre-psychotické osobnosti, která se nachází ve stavu potřeby hluboké reorganizace. V tomto případě by proces znovuzrození objevující se v akutní psychotické epizodě mohl být považován za přirozený způsob jak dát věci do pořádku.“
(Perry)*

3. ALTERNATIVA AKUTNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Teorie efektivní psychiatrické péče od druhé poloviny dvacátého století zdůrazňuje význam psychosociálních potřeb pacienta. Léčebný plán by již neměl znamenat jen vhodnou medikaci a hospitalizaci v instituci, ale podporovat návrat jedince do komunity. Podobně jako život zdravého člověka má různé kvality, rovněž život duševně nemocného by měl mít více rozměrů než jen biologický. (Scheansová 2007/1)

3.1. TEORETICKÉ VYMEZENÍ EFEKTIVNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE O PSYCHOTICKÉ PACIENTY

Luc Ciompi v roce 1983 popsal tzv. třífázový multipříčinný evoluční model schizofrenie. Za jeho základ lze považovat teorii vulnerability, kterou formuloval Zubin a Spring, Nuechterlein a Dawson a další. Ciompi definoval schizofrenické pacienty jako vysoce citlivé jedince s narušenými schopnostmi zpracovávání informací, což v důsledku snižuje jejich schopnost vyrovnávat se s kritickými životními událostmi (např. odchod z domova, první sexuální zkušenosti, hledání zaměstnání nebo partnera, těhotenství a porod dítěte, jiné velké změny související s bydlením nebo životem). Za nepříznivých podmínek, vystupňovaného emocionálního napětí mezi jedincem a prostředím, dosahují tito lidé kritického stupně nestability, který je charakteristický výskytem akutních psychotických symptomů. Psychotickou dekompenzaci je třeba pojmout jako vážnou vývojovou krizi, která obsahuje nebezpečí kompletního selhání, ale nabízí také příležitost k růstu a změně. (in Warner 1995)

Z této teorie vyplývají určité důsledky pro kritéria úspěšné léčby psychotického onemocnění. Pacienti s tímto typem krize potřebují kontinuální psychoterapeutickou pomoc a emoční podporu. Jejich potíže se zpracováváním informací by měly být zmírněny v klidném, uvolňujícím a stimuly snižujícím terapeutickém prostředí, kde stabilní tým zajišťuje kontinuitu a poskytuje pacientům i jejich rodinám jasné a spolehlivé informace o nemoci. Mělo by být maximálně zabráněno opakovaným změnám terapeutického prostředí a terapeutů, nadměrné emoční nebo intelektuální stimulaci; silně vyjadřovaným emocím v rodině a zmateným a protichůdným informacím o terapeutické situaci, účelu terapie a uplatňovaných metodách. (Warner 1995)

3.2. VÝZNAM PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY

Hospitalizace na psychiatrii pro mnoho lidí znamená zranění sebedůvěry a pro jejich okolí možná „důvod“ k zachování odstupů. I u nás se po vzoru západní Evropy a Severní Ameriky prosazuje snaha o deinstitucionalizaci v psychiatrii. V extrémním případě se ozývají hlasy po zrušení psychiatrických léčeben a jejich nahrazení komunitně orientovanou psychiatrickou péčí, kde je kladen důraz na začlenění duševně nemocného zpět do společnosti namísto jeho izolace. (Scheansová 2007/1)

Cítím potřebu zdůraznit, že psychiatrická léčebna stejně jako psychiatrická klinika fakultní nemocnice² mají svou funkci a nejsou v plném rozsahu nahraditelné. Alternativní zařízení možná mohou přijmout 80% (Warner 1995) pacientů přijímaných k hospitalizaci v institucionálním zařízení, ale vždy budou pacienti, kteří tam nejsou léčitelní. Stále se budeme setkávat s těmi, kteří jsou agresivní a nevypočitatelní, kteří jsou příliš sebedestruktivní, kteří opakovaně utíkají a kteří jsou schopni fungovat pouze v pevně strukturovaném prostředí. Domnívám se, že pro některé chronické pacienty může být příjemnější žít ve světě psychiatrické léčebny než být za každou cenu začleněn do „normální“ společnosti. Svět psychiatrické léčebny toleruje „jinakost“ duševně nemocného, nezatěžuje ho tlakem na výkon a konformitu. (Scheansová 2007/1)

Obraz psychiatrického ústavního zařízení jako tzv. totální instituce ve smyslu, v jakém ho vylíčil Erwin Goffman (1966), je v dnešní době spíše minulostí. Na psychiatrické klinice brněnské nemocnice jsem viděla zdi malované pastelovými barvami a domácí atmosféru nemocničních pokojů. V pražské psychiatrické léčebně jsem se přesvědčila, že některý pavilon funguje jako psychoterapeutické oddělení, kde formální duch instituce není tolik znát. Viděla jsem však i chronické oddělení s osmnáctilůžkovými pokoji a holými oprýskanými stěnami. (Scheansová 2007/1)

Psychiatrické léčebny si nevybírají ty tzv. motivovanější pacienty a ty méně perspektivní neodmítají. Poskytují péči všem potřebným. Existence uzavřeného psychiatrického oddělení je předpokladem pro to, aby mohlo fungovat oddělení otevřené, neboť vždy budou pacienti, kteří nejsou jinde léčitelní. (tamtéž)

3.3. VÝZNAM KOMUNITNĚ ORIENTOVANÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

V naší zemi máme zařízení, která rozvíjejí komunitní přístup a alternují následné institucionální léčbě. Občanské sdružení FOKUS disponuje mobilním krizovým týmem pro zklidnění akutně agitovaných pacientů v domácím prostředí, realizuje případovou

² Nepřehližím rozdíl mezi koncepcí psychiatrické léčebny a psychiatrické kliniky fakultní nemocnice, mám však na mysli společnou platformu institucionálního zařízení, které charakterizuje hierarchický model a formální uspořádání vztahů mezi pacienty a personálem.

práci, provozuje denní stacionář, chráněné bydlení a chráněné dílny. Rovněž pražské psychoterapeutické sanatorium Ondřejov nabízí chráněné zaměstnání a provozuje sociorehabilitační komunitu pro pacienty s psychotickým onemocněním. Občanské sdružení BONA provozuje chráněné zaměstnání a chráněné bydlení. V tomto duchu vznikají a rozvíjejí se i další organizace. (Scheansová 2007/1)

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)

Klinické zkušenosti a výsledky výzkumů potvrzují, že všichni lidé, včetně těch, kteří jsou považováni za duševně nemocné, potřebují stále a konsistentní sociální sítě, aby mohli udržet uspokojivý a zdravý komunitní život. Také je zřejmé, že psychiatřičtí pacienti často nemají adekvátní podpůrné sítě. Za takových podmínek se člověk chytá jakékoliv sociální vazby, která je dostupná, nebo užívá jiných systémů, jako kdyby byly sociální podpůrné sítě. (Mandiberg in Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Výsledkem institucionální léčby bývá, že je narušen pozitivní potenciál podpory v komunitě a je posílena závislost na profesionálně poskytované léčbě jako podpůrné síti. Pacienti začínají spoléhat na léčebné služby, jako kdyby to byly přirozené lidské vazby. Někdy můžeme vidět, že se pacienti vrací do nemocniční péče a opakovaně využívají formálních prostředků psychosociální podpory. Z toho důvodu by efektivní léčebný model měl jasně oddělit koncept léčby a rehabilitačních služeb od těch sociálně podpůrných. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Objevují se názory, že tradiční systém psychiatrické péče může svým způsobem destabilizovat pacienty. Duševně nemocní mívají problémy s navazováním a udržováním mezilidských vztahů a s adaptací na nové prostředí. Přitom systém tradiční psychiatrické péče někdy vyžaduje, aby pacienti často měnili jak lidi, ke kterým se vztahují, tak místa, kde se začali orientovat a cítit bezpečně. Z pacientovy perspektivy by bylo mnohem vhodnější přijít s různými

formami péče za pacientem, zatímco on zůstane ve stejném stabilním a známém prostředí. Případová práce, rezidenční zařízení akutní péče, krizové týmy a chráněné bydlení mohou být vnímány jako pokusy reagovat na nestabilitu pacientů vyplývající ze systémem vyvolávaných změn ve vztazích a místech. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

3.4. REZIDENČNÍ ZAŘÍZENÍ

Rezidenční zařízení jsou alternativou institucionální akutní psychiatrické péče. Uvádím tři zařízení, která fungují v rozdílném sociálním prostředí, s rozdílnou koncepcí, ale se stejným cílem - začlenit pacienta co nejefektivněji zpět do komunity. (Scheansová 2007/1)

3.4.1. Cedar House (USA, Colorado)

Cedar House
2833 Broadway, Boulder, CO 80304
tel.: 303449-2217
www.mhcbc.org/services.htm

V roce 1980 zřídilo komunitní centrum pro duševní zdraví v Boulderu projekt Cedar House, jehož cílem bylo snížit náklady spojené s hospitalizací psychiatrických pacientů. Denní náklady ústavní léčby v Cedar House stojí jednu čtvrtinu denních nákladů místního psychiatrického oddělení nemocnice. Cedar House nabízí prostředí, které je méně omezující, nerestriktivní a neodcizující. Vzhledem k velkému důrazu na sebekontrolu se pacienti v Cedar House chovají méně agresivně, než by se pravděpodobně chovali v nemocnici. Mezi základní znaky programu patří poměrně malé, domácí prostředí, které však uplatňuje biologický léčebný model. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Cedar House je prostorná budova, která je situována v rušné ulici města. Pracovní tým tvoří podobně jako v nemocnici ošetrovatelský personál, psychiatr a jiní odborní pracovníci (psycholog, sociální pracovník). Podobně jako nemocnice nabízí obvyklé diagnostické a terapeutické služby (kromě elektrokonvulzivní terapie). V zařízení se praktikují běžná zdravotnická vyšetření a pokud pacient potřebuje následné specializované interní nebo neurologické vyšetření, je vyšetřen spolupracujícím lékařem nebo je zajištěn převoz na specializované oddělení v nemocnici. Na rozdíl od nemocnice je to však domácí prostředí, které je otevřené a svou povahou nenátlakové. (tamtéž)

Zařízení působí jako obytný dům střední sociální vrstvy, nebudí dojem instituce. Kapacita je patnáct lůžek. Pacienti i zaměstnanci si s sebou dovnitř mohou vzít svá domácí zvířata. Personál a pacienti spolu komunikují neformálně a společně se podílejí na domácích pracích. Pokud si pacienti vyjednávají se svým

terapeutem vycházky, mohou svobodně přicházet a odcházet (někteří během léčby navštěvují zaměstnání). Personál pacienty motivuje k tomu, aby dobrovolně respektovali režim a pravidla zařízení. Nikdo nesmí být přikurtován, zamčen nebo násilně medikován. I přesto je tu mnoho pacientů, kteří jsou léčeni nedobrovolně, tedy na základě soudního rozhodnutí. Je to možné proto, že tito pacienti dávají přednost pobytu v Cedar House, a jsou si vědomi, že by jinak byli hospitalizováni v nemocnici. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Mezi pacienty, kteří nemohou být v zařízení léčeni, patří ti, kteří jsou agresivní, kteří opakovaně utíkají, kteří jsou tak hluční a agitovaní, že by pobyt v domě učinili pro ostatní obyvatele nesnesitelným a kteří jsou tak zmatení, že se nemohou řídit pokyny personálu. Praxe však ukazuje, že většina lidí s psychotickou depresí, většina s akutní epizodou schizofrenie a mnoho lidí s mánií může být v zařízení léčeno. Jen velmi málo pacientů (méně než 10%) musí být přeloženo do nemocnice. Cedar House nenahradil plně uzavřené nemocniční oddělení, ale poskytuje služby téměř dvěma třetinám pacientů místního komunitního centra duševního zdraví a mohl by poskytovat služby i více pacientům, pokud by měl větší kapacitu. Většina pacientů, kteří jsou přijímáni, trpí psychotickým onemocněním nebo afektivní poruchou. Mnozí pacienti mají duální diagnózu duševního onemocnění v kombinaci se zneužíváním návykových látek nebo narušením intelektu. (tamtéž)

Normalizující styl léčby má mnoho rysů modelu terapeutické komunity. Obyvatelé se podílí na chodu zařízení. Každý pacient vykonává nějaké domácí práce a někdo z pacientů dohlíží na práci ostatních. Lépe fungující pacienti pomáhají v léčbě ostatním a mohou například doprovázet nově přijaté pacienty na vycházky. Ačkoliv pacienti jsou začleněni do řízení chodu zařízení a léčebného procesu, rozsah jejich pravomocí je limitován. Důvodem je jednak krátká délka pobytu pacientů, jednak potřeba personálu mít pevnou kontrolu nad chodem zařízení. (tamtéž)

Cedar House je provozně vytiženo. Pacienti jsou podobně jako v nemocnici přijímáni kdykoliv během dne či noci. Každý nový pacient podstoupí formální přijímací procedury a je během dvaceti čtyř hodin vyšetřen psychiatrem. Obvykle bývá dvacet až dvacet pět příjmů měsíčně. Potřeba mít volné lůžko pro další příjem vytváří tlak na personál i pacienty, aby omezili délku pobytu na co nekratší a nejefektivnější. Většina pacientů zůstává jeden až dva týdny, ale někteří tu bývají mnohem déle. (tamtéž)

Základním vstupním krokem v léčbě je diagnostika sociálního systému pacienta. Co se stalo, že pacient přichází do Cedar House? V jakých finančních podmínkách žije, kde bydlí a jaké má zaměstnání? Došlo v nedávné době k nějakým změnám? Má napjaté rodinné vztahy? Měl pacient více relapsů od té doby, co žije v současných podmínkách? Na základě odpovědí na takové otázky je vytvořen krátkodobý nebo dlouhodobý léčebný plán. Předpokládá se, že tento léčebný plán bude mít za následek okamžité zlepšení pacientova stavu a prevenci relapsů po propuštění. Cílem Cedar House je, aby každý pacient odcházel do vhodných životních

podmínek. Nepředpokládá se, že by nějaký pacient po pobytu v Cedar House zůstal bez přístřeší. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Velmi důležitým tématem pro pacienty i personál je bezpečí. K minimalizaci konfliktů jsou využívány techniky krizové intervence a personál věnuje pečlivou pozornost tomu, když někdo někoho v domě považuje za nebezpečného. Od každého se očekává, že bude s druhým jednat s respektem. Agitovaným pacientům je nabídnuta medikace nebo jsou v případě potřeby hospitalizováni. V Cedar House jsou ve značné míře využívány mírné dávky benzodiazepinů jako náhražka nebo někdy alternativa antipsychotických léků.³ (tamtéž)

Intenzivní rezidenční léčba v Cedar House vyžaduje personální obsazení podobné tomu, jako je v nemocnici. Ve službě je vždy psychiatrická zdravotní sestra a ošetřovatel. V pracovních dnech jsou přítomni dva profesionální terapeuti se vzděláním v oboru psychologie nebo sociální práce, kteří nabízejí individuální a skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii, pomáhají s praktickými úkoly (např. získání sociálních dávek) a zařizují, aby se pacient mohl vrátit do svého přirozeného prostředí. Na půl úvazku je k dispozici laický případový pracovník, což je někdo se zkušeností vážného duševního onemocnění a vzdělaný v základech případové práce. Ten také pomáhá pacientům v praktických otázkách ubytování a nároků na sociální podporu. Psychiatr je přítomen tři hodiny denně a celých dvacet čtyři hodin je k dispozici také psychiatr na telefonní lince. Vedoucí týmu řídí program a administrativní pracovník se stará o provozní záležitosti, údržbu budovy, nákup materiálu, jídla a nábytku. Studenti a dobrovolní pracovníci pomáhají v různých oblastech. Jídlo připravuje kuchařka na částečný úvazek s pomocí psychiatrické zdravotní sestry. Několikrát v týdnu přichází uklízečka. V pracovním týmu jsou lidé různého vzdělání a dovedností, kteří mají zkušenosti s péčí o duševně nemocné pacienty. Kvůli kvalitě péče, morálce a bezpečí je důležité, aby ve službě byli vždy dva pracovníci a z nich jeden by měl být ošetřovatel. V noční službě ošetřovatel spí, ale kdyby bylo potřeba, je k dispozici. Výběr zaměstnanců je důležitý. Jedinci musí mít vysoký profesionální standard, musí být bystrí a flexibilní. Je nezbytné, aby byli schopni zvládnout krizové situace a práci ve stresu. Členové týmu musí mít pozitivní myšlení, musí být přátelští a schopní dobře vycházet s ostatními. Je důležité, aby se také dokázali autenticky těšit ze své práce a musí jednat s lidmi na základě respektu a důstojnosti. Pro efektivní chod zařízení je zásadní komunikace a supervize. Vedoucí týmu poskytuje všem pracovníkům formální supervizi a je k dispozici jako stabilizační element celého týmu. Psychiatr musí věřit v nerestriktivní model léčby a být ochoten důvěřovat pacientům a personálu, aby ho zvládli realizovat. (tamtéž)

³ Cedar House je sice svou povahou více institucionální než některé jiné komunitně orientované alternativy (například intenzivní léčba v domácím prostředí akutně psychotických pacientů poskytovaná mobilními týmy), ale má výhodu, že se nemusí spoléhat na intenzivní okamžitou trankvilizaci a silné dávky antipsychotik, což je běžné v některých programech léčby v domácím prostředí.

3.4.2. Venture (Kanada)

Mental Health Services Central Office
200-520 West 6th Avenue
Vancouver, BC V5Z4H5
Tel.: 604-874-7626
www.vch.ca/community/mental_health.htm

Venture je zařízení pro akutní psychiatrickou léčbu. Nachází se ve Vancouveru. Je to otevřené zařízení s neformální uvolněnou atmosférou, ale rovněž pečlivým dohledem. Pacienti jsou motivováni k tomu, aby vykonávali domácí práce. Mohou chodit na vycházky a zařizovat si pracovní záležitosti. Zařízení je administrativně řízeno souběžně s místními týmy komunitní psychiatrické péče, což umožňuje kontinuální léčbu. Ve Venture poskytují služby akutně nemocným pacientům i lékaři a terapeuté z jiných komunitních programů. (Sladen-Dew in Warner 1995; Scheansová 2007/1)

The Greater Vancouver Mental Health Service (GVMHS) je neziskovou organizací, která v posledních dvaceti letech řídila poskytování komunitních služeb duševního zdraví městské populaci přibližně 700 000 obyvatel. GVMHS má každý rok okolo 7000 pacientů, přičemž má nyní aktivní kapacitu zhruba 4000 duševně nemocných, z nichž většina trpí chronickým duševním onemocněním (50% pacientů trpí schizofrenií). Každý rok je okolo 700 pacientů hospitalizováno a téměř stejný počet pacientů je přijat do Venture. GVMHS poskytuje základní služby prostřednictvím komunitních týmů duševního zdraví (devět týmů situovaných v jednotlivých geografických oblastech). Týmy poskytují případovou práci včetně lékařských služeb v poměru pacient-tým 40:1. Komunitní týmy dále poskytují různé druhy rehabilitačních a socioterapeutických programů. (tamtéž)

GVMHS zřídilo Venture v roce 1975 jako desetilůžkové zařízení poskytující krátkodobou krizovou intervenci. Jeden z klíčů k efektivitě Venture je fakt, že byl vyvinut v přímé reakci na potřeby pacientů a personálu komunitních týmů duševního zdraví. Program Venture byl nejdříve situován v renovovaném domě v centrální části Vancouveru. Během osmnácti let se požadavky po takovém druhu služby zvyšovaly. Týmy zjistily, že mnoho jejich pacientů může být úspěšně léčeno spíše ve Venture než v nemocnici. V roce 1990 se Venture rozšířilo na dvacet lůžek a bylo přesunuto do zařízení, které bylo k tomu účelu postaveno. Mnoho zaměstnanců Venture zároveň pracuje v komunitních centrech duševního zdraví. Zaměstnanci i pacienti komunitních týmů vnímají Venture jako zařízení, které poskytuje praktickou pomoc bez vzdalování pacientů jejich základně komunitní léčby. Primární je napojení Venture a komunitních týmů, sekundární je napojení Venture a psychiatrického diagnostického oddělení, které funguje na principu nemocnice. Jsou tam přijímáni pacienti za účelem diagnostiky a léčby, někdy i nedobrovolně. Průměrná délka pobytu na diagnostickém oddělení je pět dní, odtud jsou pacienti propouštěni do přirozeného prostředí, přijati k hospitalizaci v nemocnici nebo přijati do Venture. (Sladen-Dew in Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Cílem Venture je poskytovat druh péče, který je na pomezí mezi komunitní případovou prací a hospitalizací. Toho je dosaženo vytvořením neformální, domácí atmosféry s dostatečnou strukturou a intenzivním personálním obsazením, aby pacientům byla poskytnuta příležitost řešit svou akutní psychiatrickou krizi. (tamtéž)

V současnosti je Venture dvacetilůžkové zařízení situované v obytné části města.⁴ Přizemí má kuřáckou a nekuřáckou společnou místnost s krbem, malbami, pohodlnými křesly a jemným osvětlením. Kuchyň, jídelna a terasa se stolky pro piknik a gril jsou pacientům volně přístupné. Pacienti jsou ubytováni v jednolůžkových nebo vícelůžkových pokojích, dle možností a přání pacienta. V suterénu je pračka, tělocvična a odpočívárna. (tamtéž)

Když se pacienti přemísťují z jednoho léčebného prostředí do druhého, kontinuita péče je velmi často narušena. Venture se snaží tuto diskontinuitu snížit na minimum. Zaměstnanci Venture nechávají zodpovědnost a rozhodování o léčbě pacienta případovému pracovníkovi a lékaři, kteří o něho běžně pečují v komunitním týmu. Zaměstnanci Venture i komunitních týmů sdílejí stejnou filosofii komunitní léčby. (tamtéž)

V praxi to probíhá tak, že komunitní tým předá pacienta do Venture, kde mu je určen pracovník, který se mu nejvíce věnuje. Léčebné cíle a strategie společně plánuje pacient, personál Venture a komunitní tým. Vyzvání k účasti na tomto procesu jsou také lidé z pacientovy podpůrné sítě v komunitě. Z Venture může být pacient propuštěn mnohem dříve než v případě hospitalizace v nemocnici právě z důvodu skutečné kontinuity klinické péče. Kontinuita péče také znamená udržení cenných vztahů mezi pacientem a podpůrnou sítí v komunitě. Program Venture, který je situován v blízkosti domova pacientů, umožňuje udržet a občas posílit křehké vztahy mezi pacientem a jeho podpůrnou sítí. (tamtéž)

Kritéria pro přijetí do Venture jsou flexibilní. V potaz je brána charakteristika přicházejícího pacienta, personální obsazení zařízení a složení pacientů v domě. Ve Venture bývá úspěšně léčeno mnoho pacientů, kteří by jinak byli přijati do nemocnice. Zhruba 20% pacientů bývá z Venture přeloženo do nemocnice z důvodu, že jejich chování je příliš rušivé a bylo by nebezpečné takové pacienty léčit v otevřeném zařízení. (tamtéž)

Úspěch Venture souvisí s relativně vysokou úrovní personálního obsazení a úzkým propojením s nemocnicí, což umožňuje okamžitě realizovat potřebné překlady pacientů. Venture nemůže nahradit nemocniční péči v případě, že pacient potřebuje větší strukturu nebo obsáhlou psychiatrickou a interní diagnostiku. (tamtéž)

Pacienti nejsou vyloučeni z přijetí do Venture na základě jejich diagnózy. Důraz je však kladen na to, aby Venture sloužilo pacientům s chronickým duševním onemocněním. 28% pacientů trpí schizofrenií a dalších 46% má jinou psychotickou poruchu (bipolární nebo schizoafektivní, krátkou reaktivní psychózu nebo

⁴ Objevují se názory, že kvalita, která činila menší „starý“ Venture tak úspěšným, což byl malý počet obyvatel a více domácí prostředí se plně nepřenesla do většího zařízení.

psychotickou depresi). 17% pacientů bývá přijato primárně s psychotickými symptomy (bludy, halucinace). Zbytek je přijat se symptomy úzkosti a dysforie, sekundárně v důsledku stresu. 20% je přijato s nízkou až průměrnou úrovní sebevražedného myšlení. 15% pacientů je přijato v krizi s primární diagnózou poruchy osobnosti. Do Venture nejsou přijímáni pacienti trpící demencí nebo deliriem. Vyloučení z přijetí jsou také pacienti ve vysokém ohrožení sebevraždou. Pacienti, kteří splňují podmínky pro nedobrovolnou hospitalizaci, jsou překládáni přímo do nemocnice. Přijati nemohou být ani pacienti, kteří jsou závislí na návykových látkách. Ti, kteří trpí vážným psychotickým onemocněním a jednou nebo dvakrát v nedávné době zneužili alkohol, jsou však přijímáni často. Vzhledem k tomu, že zneužívání návykových látek je mezi duševně nemocnými velmi časté, bylo by příliš restriktivní z tohoto důvodu vylučovat přijetí do Venture. (Sladen-Dew in Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Cílem léčebného programu Venture je redukce symptomů, vyřešení krize a rychlá reintegrace pacienta do komunity. Očekává se, že délka pobytu v zařízení bude krátká a pacient bude schopen se vrátit k plnému nebo částečnému fungování v komunitě. Průměrná délka pobytu je osm dní, většina pacientů tam stráví dva až tři dny a malý počet překročí dva týdny. Nejdůležitější element léčby je strukturované, ale neformální prostředí nezátížené stresem. Venture je místo, kde pacienti mohou zakusit období klidu a odpočinku, které jim dovolí vzdálit se stresu v komunitě. Pacienti a jejich rodiny potvrdili, že má na ně příznivý vliv i několik dní oddechu a že taková intervence může odvrátit začínající dekompenzaci, která by jinak vyústila v hospitalizaci v nemocnici. (tamtéž)

Personál Venture poskytuje pacientům psychiatrické vyšetření dvacet čtyři hodin denně. Pozorně je sledován efekt medikace, neboť zanedbávání medikamentózní léčby bývá často spojeno s relapsem. Personál Venture sděluje svá pozorování případovému pracovníkovi a lékaři z pacientova komunitního týmu a všichni spolupracují na tom, aby vytvořili léčebný plán. (tamtéž)

Filozofie Venture nepodporuje příliš programatický a institucionální přístup. Personál Venture se nezapojuje ani do intenzivní psychoterapie s pacienty a vyhýbá se konfrontační skupinové terapii. Pacient se zde neúčastní ani formálních rehabilitačních programů. Venture však poskytuje rekreační a sociální aktivity, ke kterým jsou pacienti vybízeni, ale které pro ně nejsou povinné. Když pacienti začínají vykazovat známky stabilizace, jsou vybízeni, aby se podíleli na domácích pracích. Jsou také povzbuzováni k tomu, aby chodili na vycházky, zařizovali si své povinnosti, vraceli se domů a věnovali se pracovním záležitostem. Tento systém motivuje pacienty k tomu, aby udrželi vztahy s jejich přirozeným podpůrným systémem. (tamtéž)

Venture nemá zamčené dveře a pacientům nemůže být zabráněno, aby odešli, pokud si to přejí. Personál se snaží podchytit krizové situace tak, že pacientovi nabízí klidné prostředí, kde lze poskytovat podporu 1:1, a pokud je třeba, tak nabídnout medikaci. Tento přístup bývá u většiny pacientů efektivní. Pokud se však

pacientův neklid vyhrotí tak, že situaci lze považovat za nebezpečnou, personál zavolá rychlou záchrannou službu z komunitního týmu nebo lékaře, který je na telefonu. V některých případech bývá pacient hospitalizován v nemocnici. (Sladen-Dew in Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Personál Venture splňuje následující požadavky. Musí to být lidé zaměřeni na pacienta se všeobecnými znalostmi komunitních zdrojů. Členové týmu by měli být nezávislí, energičtí a kreativní. (tamtéž)

Denní náklady na péči ve Venture jsou \$215 CDN ve srovnání s náklady nemocniční péče okolo \$550 CDN. (tamtéž)

Venture poskytuje pacientům odpočinek od sociálního tlaku a specifickou podporu, což následně snižuje počet příjmů k hospitalizaci v nemocnici. (tamtéž)

3.4.3. Crossing Place (USA, Washington D.C)

Woodley House Residential Services
2711 Connecticut Avenue, NW
Washington, D.C 20008
Tel.: 202-328-4065
www.woodleyhouse.org

Crossing Place je zařízení, které zdůrazňuje humanistický element při akutní psychiatrické léčbě. Vychází ze zkušenosti projektu Soteria, terapeutické komunity pro léčbu rané schizofrenie. Personál i pacienti se společně podílejí na rozhodování. Léčebný program zahrnuje mnoho psychosociálních elementů. Pacienti se s pomocí terapeuta snaží pojmenovat sociální faktory, které mohly spustit akutní epizodu nemoci. Program funguje jako malé nezávislé zařízení, což znamená, že široký okruh pacientů musí být přesto odkazován do formálního systému zdravotní péče. (Bourgeois in Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Crossing Place bylo založeno v roce 1978 ve Washingtonu, D.C., neziskovou organizací pro péči o duševní zdraví Woodley House. Jen 10% pacientů musí být přeloženo z Crossing Place do nemocnice. Mezi lety 1978 a 1993 bylo přijato 1200 chronicky duševně nemocných a 90% z nich bylo úspěšně vráceno do komunity. V zařízení nikdy nedošlo k sebevraždě. Denní náklady tvoří \$156 USD ve srovnání s \$900 USD za hospitalizaci v nemocnici. (tamtéž)

Psychosociální přístup zařízení se snaží udržovat rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu lidí, mezilidským vztahům a vlivům různých sociálních systémů na fungování jedince. Zvažuje se, nakolik jednotlivé elementy mohou napomoci požadované změně. Efektivní psychosociální praxe zahrnuje znalost a dovednosti všech aspektů pacientova života. Tento přístup také prověřuje význam etnické identity pacienta a personálu, skutečnosti týkající se prostředí, ve kterém žijí, politickou atmosféru doby a vliv těchto faktorů na dosažení cílů pacienta. Crossing Place nabízí pacientům příležitost řešit jejich krizi v podpůrném prostředí, které poskytuje intenzivní přístup 1:1,

intervenci v malé skupině a pomoc při řešení praktických problémů. (Bourgeois in Warner 2005; Scheansová 2007/1)

Nezisková organizace Woodley House, která byla založena roku 1958, byla průkopníkem v komunitní péči. Zřídila „dům na půl cesty“, chráněné bydlení a různé pracovní rehabilitační programy. Pacienti z „domu na půl cesty“ a chráněného bydlení, kteří se zdekompensovali a potřebovali intenzivnější péči, byli překládáni do státní nemocnice St.Elizabeths Hospital. To často znamenalo ztrátu bytů, sociální podpory, probíhajících aktivit a narušení jejich sociálních sítí. Každá hospitalizace v nemocnici anulovala doposud vykonanou práci a komplikovala pacientovu integraci do komunity. (tamtéž)

Podmínky pro přijetí do Crossing Place jsou věk nad osmnáct let, dobrovolný vstup, zdravotní stav nevyžadující nemocniční péči a primární psychiatrický problém jiný než závislost na návykových látkách. Sebevražední nebo okoli ohrožující pacienti nejsou z příjmu vyloučeni. (tamtéž)

Zařízení funguje na principu intenzivní mezilidské podpory, klade se důraz na individuální přístup k pacientům. Speciálně vybraní a trénovaní členové týmu jsou s pacienty tak dlouho, jak je intenzivní péče a supervize potřebná. Všechny personál má zkušenosti s krizovou intervencí. (tamtéž)

Důležitým terapeutickým elementem je domácí atmosféra, která napodobuje pacientovo běžné prostředí, a tak minimalizuje stres nově přicházejících i těch navracejících se do komunity. Jedinci se zaměřují na zvládání svých krizí ve skutečném životním prostředí. Malé, intimní a okamžitě reagující prostředí stejně jako postoj, že pacienti jsou zodpovědní členové dočasné rodiny, minimalizuje riziko vážného nezvládnutí situace. (tamtéž)

Členové týmu úzce spolupracují s vedoucím zařízením a lékařem, aby pomohli jednotlivým pacientům formulovat cíle a plány. Celý pracovní tým se pravidelně schází, aby diskutoval problémy, na které se naráží v pomáhajícím procesu. Vedoucí zařízením a lékař jsou pacientům k dispozici, když potřebují individuální pozornost v souvislosti s různými obtížnými situacemi. (tamtéž)

Délka pobytu se pohybuje od několika dní do několika měsíců, v závislosti na individuálních potřebách jedince. Pacient bývá propuštěn tehdy, když se zklidnila jeho krize a byl sestaven léčebný plán pokrývající všechny důležité aspekty života. V praxi jsou do Crossing Place přijímáni většinou chroničtí pacienti s různými diagnózami. Mezi důvody k přijetí patří: pokus o sebevraždu, těžká deprese, potenciálně nebezpečné chování, imperativní halucinace, oběť násilí nebo znásilnění, krize ze ztráty (rozvod, smrt blízkého), problémy s užíváním medikace, flashback sexuálního zneužití nebo fyzického týrání v dětství, vyhrožování formálními autoritám, nedávná diagnóza HIV a akutní psychotická epizoda. (tamtéž)

Personál Crossing Place nepřistupuje k pacientům v diagnostických kategoriích, ale vnímá je jako jedinečné individuality s životními příběhy a problémy, kterým je třeba naslouchat a poskytnout jim pochopení a přijetí. Pracovní tým je sestaven tak, aby byly maximalizovány interakce a minimalizovány

hierarchické vztahy mezi personálem a pacienty. Požadavky na pracovníka jsou emocionální stabilita, schopnost vnímat pacienty pozitivně, schopnost navazovat vztahy (zejména flexibilita a tolerance) a vytrvalost. Je tu snaha, aby členové týmu vykazovali z hlediska pohlaví a etnicity charakteristiky pacientů a každý mohl najít někoho, kdo mu bude v nějakém ohledu blízký. Personál pracuje ve smíšených týmech dvě dvacetičtyřhodinové služby týdně. (Bourgeois in Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Pacienti bývají doporučeni k přijetí do Crossing Place ze státního sektoru péče o duševního zdraví ve Washingtonu, D.C nebo soukromými psychiatry. Sloužící personál rozhoduje o přijetí do zařízení a kompletuje vstupní informace, které zahrnují pacientovo vyjádření o jeho cílech a očekáváních v Crossing Place. Následně pacienta ubytují v domě. Během dvaceti čtyř hodin od přijetí pacienta vyšetří konzultující psychiatr Crossing Place za přítomnosti člena týmu. Důraz je kladen více na individuální potřeby pacienta než na jeho včlenění do programu zařízení. (tamtéž)

V prvních několika dnech je základním cílem personálu stabilizovat pacienta a získat kompletní biopsychosociální historii. Terapeutický tým Crossing Place je přesvědčen, že ke každé krizi existuje sociální spouštěč. Každý člověk žije nějaký příběh (někdo více uvěřitelný, někdo méně). Porozumění skrytým faktorům každé psychotické epizody a jejich označení nabízí mechanismus ke zpracování kritické situace. (tamtéž)

Crossing Place je místem pro komplexní léčbu a případovou práci. Sezení se účastní pacientův terapeutický tým z centra duševního zdraví (psychiatr, terapeut, případový pracovník), personál denních programů, rodina, přátelé a významní druzí. Personál Crossing Place pacienta podporuje v tom, aby sám vedl svá sezení. Pokud je to možné, pacient se pravidelně v Crossing Place schází se svou rodinou, případně chodí na návštěvy domů. Crossing Place pracuje nejen na vyřešení krizové situace, ale připravuje efektivní podpůrný systém, který pacientovi umožní vrátit se do života v komunitě. To zahrnuje zajištění ubytování, příjem, ambulantní léčbu, denní aktivity a sociální síť. Postupné úspěchy v naplňování těchto cílů motivují pacienta i terapeutický tým k rozvíjení schopnosti řešit problémy, k rozvíjení asertivity, sebevědomí a sebeposílení. (tamtéž)

Léčebný program zdůrazňuje význam vztahů s členy komunity, s personálem, se členy komunitních týmů, rodinou a přáteli. Personál upřednostňuje individuální přístup k pacientům, spoluprožíváním poskytuje podporu a zvládnutí krize, spolupráci se dostává ke konkrétním zdrojům, doprovází a poskytuje poradenství ohledně léčebného systému a sociální sítě. Dále personál pacienty vzdělává v oblastech životních dovedností, řešení problémů, zvládnutí stresu a terapeuticky pracuje s řadou verbálních a expresivních technik. Interiér zařízení, obyčejný osmipokojový obytný dům na rušné průjezdové silnici Washingtonu, D.C., usnadňuje vytvoření rodinné atmosféry, která umožňuje personálu využívat vztahy, aby flexibilně normalizovaly, daly do souvislostí a posílily prožitky

pacientů v tomto jedinečném prostředí. (Bourgeois in Warner 1995; Scheansová 2007/1)

3.4.4. Výhody léčby v rezidenčním zařízení

Flexibilita prostředí rezidenčních zařízení dovoluje, aby reagovaly na lidské potřeby pacientů a za pomoci neodcizujícího a domácího charakteru zařízení posilovaly vnitřní zdroje nemocného. Pacienti, kteří by byli hospitalizováni v instituci, mohou znovu získat autonomii a udržet vztahy s komunitou. Lidé se tam cítí méně stigmatizováni zkušeností psychiatrické péče než v případě hospitalizace v nemocnici. Pacienti si rovněž udržují mnohé sociální dovednosti v důsledku jejich zapojení do domácích prací a motivaci ke zvládnání obvyklé společenské zodpovědnosti. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Pro systém péče o duševní zdraví rezidenční zařízení nabízejí následující výhody. Dovolují, aby nedostatková nemocniční lůžka byla k dispozici skutečně těm pacientům, kteří vyžadují intenzivní péči na uzavřeném oddělení. Pokud je alternativní rezidenční program integrální součástí komunitní péče o duševní zdraví, pak pacienti mohou v případě nutnosti pobytu v chráněném prostředí včas této služby využít a nejsou závislí na dostupnosti volného nemocničního lůžka. Kvalita léčebné péče se tak dostává pod přímou kontrolu komunitní organizace a je tak mnohem spíše dosaženo integrované léčby s dobrou kontinuitou péče. (tamtéž)

Výhodou bývají také nízké náklady. Úspory vysvětluje jejich malá velikost. Na rozdíl od nemocnic nevyžadují vybavení jako lékárny, bezpečnostní službu, laboratoře nebo jednotku intenzivní péče. Alternativní zařízení často získává služby poskytované těmito komponentami nemocnice od ekvivalentních služeb v komunitě. Například v Cedar House oddělení místní policie zajišťuje v případě potřeby stejnou službu jako v nemocnici bezpečnostní personál, laboratorní testy a lékařská vyšetření jsou realizovány na základě smluv s komunitními organizacemi a nemocničními ambulantními odděleními. Finanční úspory umožňuje také flexibilita personálu, využití multidisciplinárních týmů a rozdělení odpovědnosti. Mnoho z denního pozorování a léčebných úkolů může psychiatr delegovat na dobře vyškolené odborníky péče o duševní zdraví, zejména individuální a rodinnou psychoterapii, sbírání informací o zázemí pacienta a vytváření léčebného plánu. (tamtéž)

Otevřené zařízení vyžaduje pečlivý výběr pacientů, každodenní pozorování pacientova měnícího se stavu a odbornou supervizi léčebných plánů, aby byla zajištěna bezpečnost. Prostředí může být v neformálním stylu, ale personál musí být důsledný ve svém úsilí sledovat a chránit pacienty. Pacienti nejsou přijati, pokud hrozí nebezpečí, že by utekli, a jejich útěk by mohl mít vážné následky. Klíčem k managementu rizika je v těchto zařízeních kvalitní supervizní program. Zkušenosti odborníci musí denně přispívat k rozvoji léčebných plánů. Otevřené prostředí vyžaduje vyšší míru schopnosti a pozornosti personálu. Více zodpovědnosti za prevenci rizika je převedeno na personál a v určitém stupni i na pacienty -

jsou posilováni a uvědomováni, že jsou sami za sebe zodpovědní. Rozdělení kontroly a zodpovědnosti je důležitým předpokladem, aby zařízení působilo jako méně odcizující než nemocniční prostředí. (Warner 1995; Scheansová 2007/1)

Mnoho odborníků konstatuje, že největší riziko pro psychiatrické pacienty není během jejich hospitalizace (jakéhokoliv typu), ale až po propuštění, kdy se snaží vyhybat ambulantní léčbě a dochází opět k dekompenzaci. Pokud to je pravda, pak méně odcizující zařízení, které je úzce provázáno s ambulantním systémem péče, může snížit míru chronifikace pacientů tím, že vyvine lepší loajalitu s pacienty a vede k vytvoření úspěšného komunitního léčebného plánu. (tamtéž)

3.4.5. Rizika léčby v rezidenčním zařízení

Vedle výhod, které alternativní zařízení akutní péče nabízí, mne napadají i určitá rizika. (Scheansová 2007/1)

Nepřesné vyhodnocení pacientova zdravotního stavu při příjmovém vyšetření může mít jiné důsledky na uzavřeném a jiné na otevřeném oddělení. (tamtéž)

Lze považovat za menší riziko, pokud pacient stabilizovanější je hospitalizován kratší dobu na uzavřeném oddělení, než pokud dekompenzovaný pacient ohrozí život svůj nebo ostatních v důsledku odemčených dveří či chybějící možnosti omezení na otevřeném oddělení. Mnoho zodpovědnosti bývá v rezidenčním zařízení převedeno na pacienty a je otázkou, jakou míru zodpovědnosti je přiměřené naložit na pacienta, který je hospitalizován kvůli akutní krizi. Jaké následky bude mít, když stabilizovanější pacient selže ve své roli „patrona“ a poškodí jiného pacienta? (tamtéž)

Ve zdravotnické péči je v alternativním zařízení mnoho pozorování a úkonů delegováno lékařem na jiné odborné pracovníky (psycholog, sociální pracovník) a střední zdravotnický personál. Jsou však skutečně jasně vymezeny jednotlivé kompetence a zodpovědnost za selhání, když původně lékařovu náplň práce vykonává jinak kvalifikovaný pracovník? Alternativní programy sice zdůrazňují finanční efektivitu, ale je třeba podotknout, že ve srovnání s institucionální léčbou se tak mnoho nákladů a zodpovědnosti přenáší na spolupracující subjekty. (tamtéž)

Bezpečí otevřeného oddělení bývá zajištěno pečlivým dohledem, vysokou profesionální úrovní personálu a kvalitní supervizí. Lidský faktor však není neomylný a podcenění pacientovy krize může být osudné nejen pro pacienta samotného, ale i pro ty ostatní. (tamtéž)

3.5. NÁVRH NA ZEFEKTIVNĚNÍ ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

V druhé části této studie jsem potvrdila, že soubor dvaceti pacientů trpících psychotickým onemocněním vykázal vývojové psychosociální potřeby srovnatelné s těmi, které má duševně zdravý jedinec. Podívala jsem se, jakým způsobem naplnění těchto potřeb vychází vstříc péče na akutním oddělení psychiatrické léčebny. Dále jsem se nechala inspirovat alternativami akutní psychiatrické péče v zahraničí. Domnívám se, že malé, otevřené zařízení, vedené v neformální atmosféře, ale s pevným dohledem, může plnit léčebné cíle pro mnohé pacienty minimálně stejně dobře jako nemocniční oddělení a usnadnit jejich zpětné začlenění do komunity. Vzhledem k tomu, že rezidenční zařízení zatím v České Republice neexistuje, předkládám rámcový návrh na jeho projekt (bez ekonomického propočtu). Vycházím v něm ze zkušeností, o kterých referuje Warnerova publikace „Alternatives to the Hospital Acute Psychiatric Treatment“ (1995). Uvádím, jakým způsobem by mohla být v takovém zařízení realizována psychosociální péče o soubor pacientů, kteří byli předmětem šetření této studie.

3.5.1. Projekt rezidenčního zařízení

Prostředí zařízení

Zařízení by bylo situované v běžném obytném domě, s kapacitou pro zhruba dvacet lidí. Bylo by ideální, aby se nacházelo v klidném prostředí, se zahradou, ale nebylo izolované od společenského života. Budova by byla prostorná, s neformální domácí atmosférou. Klienti by měli volný přístup do společenské místnosti s menší knihovnou a internetem, do tělocvičny a na zahradu. Kapacita terapeutické komunity by byla patnáct klientů, pokoje by byly po jednom až čtyřech lůžcích.

Organizace péče

Zařízení by bylo zřízeno neziskovou organizací péče o duševní zdraví, která by poskytovala komunitní služby v dané oblasti. Personál rezidenčního zařízení by aktivně spolupracoval s lékařem a případovým pracovníkem klienta z ambulantní péče. Zřizovací organizace by poskytovala rovněž rehabilitační a socioterapeutické programy, např. projekt chráněné práce, projekt chráněného bydlení, sociální klub, atd. Je důležité, aby zařízení dobře spolupracovalo s nemocnicí (či léčebnou) a v případě, že by klient nezvládal režim otevřeného oddělení, byl by okamžitě přeložen na uzavřené oddělení nemocnice.

Filosofie

Vycházelo by se z kritérií efektivního léčebného prostředí pro akutní psychózy. Tato kritéria jsou: malé, domácí prostředí, vysoký poměr personálu vůči pacientům, vysoká míra interakce, orientace na vrstevnické vztahy, skutečné spolupodílení personálu a pacientů na rozhodování, důraz na autonomii, hodnota ochrany osobního potenciálu, zaměření na praktické problémy (bydlení, finance), povzbuzení využívat komunitní zdroje, pozitivní

očekávání, minimální hierarchie a povzbuzení k zařzení ambulantní léčby po propuštění. (Mosher, Burti in Warner 1995)

Důraz by byl kladen na vyhnutí se nátlakovým metodám. Duševně nemocný by měl příležitost udržet si pocit sebevědomí a sebekontroly.

Rezidenční zařízení by bylo přizpůsobené sociálnímu prostředí, ve kterém klient běžně funguje, a způsobilo by menší narušení jednotlivých vztahů v sociální síti.

Léčebný program by zahrnoval mnoho psychosociálních elementů. Klienti by se s pomocí terapeuta snažili pojmenovat sociální faktory, které mohly spustit akutní epizodu nemoci. Přístup personálu by se snažil udržovat rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu lidí, mezilidským vztahům a vlivům různých sociálních systémů na fungování jedince.

Režim léčby

Zařízení by bylo otevřené, s neformální atmosférou, ale rovněž pečlivým dohledem. Nikdo by nebyl kurtován, zamykán nebo násilně medikován.

Klienti by se podíleli na chodu zařízení a sestavování svého léčebného plánu, ale rozsah jejich pravomocí by byl limitován. Terapeutický tým by měl právo veta, aby se udržela kontrola nad chodem zařízení.

Klienti by byli motivováni k tomu, aby vykonávali domácí práce. Mohli by na základě dohody se svým terapeutem chodit na vycházky a zařizovat si pracovní záležitosti. Lépe fungující pacienti by pomáhali v léčbě nově příchozím. Personál by pacienty motivoval k tomu, aby dobrovolně respektovali režim a pravidla zařízení.

Léčba by spočívala v kombinaci intenzivní psychoterapie a vhodné medikamentózní léčby. V léčebném programu by byla skupinová, individuální a rodinná psychoterapie, relaxační cvičení, pracovní rehabilitace a sport.

Cílová skupina

Podmínky pro přijetí by byly věk nad osmnáct let, dobrovolný vstup a zdravotní stav nevyžadující interní nemocniční péči. Sebevražední nebo okolí ohrožující jedinci by nebyli v případě spolupráce z příjmu vyloučeni. Program by sloužil primárně lidem s psychotickým onemocněním, popřípadě s poruchami nálady.

V zařízení by nemohli být léčeni jedinci, kteří by byli agresivní, u kterých by útěk ze zařízení mohl mít vážné následky, kteří by byli natolik rozrušení, že by pobyt v domě učinili pro ostatní obyvatele nesnesitelným, či by byli tak zmatení, že by nebyli schopni řídit se pokyny personálu.

Pacienti by byli doporučeni k přijetí do zařízení z komunitní organizace péče o duševní zdraví, z nemocnice nebo ambulantními lékaři.

Služby

Zařízení by nabízelo alternativu nemocniční péče. Podobně jako nemocnice by mělo k dispozici obvyklé diagnostické a terapeutické služby, praktikovala by se běžná zdravotnická vyšetření a pokud by klient potřeboval následně specializované interní nebo neurologické vyšetření, byl by vyšetřen

spolupracujícím lékařem nebo by byl zajištěn převoz na specializované oddělení v nemocnici.

Délka pobytu by závisela na individuálních potřebách jedince, v průměru kolem šesti týdnů až tři měsíců. Klient by byl propuštěn tehdy, když by se zklidnila jeho krize a byl sestaven léčebný plán pokrývající všechny důležité aspekty života.

Klienti by byli podobně jako v nemocnici přijímáni kdykoliv během dne či noci. Psychiatrické vyšetření by bylo realizováno kdykoliv. Personál by komunikoval s lékařem a případovým pracovníkem z ambulantní péče.

Při přijetí by byl klientovi určen terapeut, který by se mu individuálně věnoval a pod supervizí společně s klientem a ostatními členy týmu navrhoval léčebný plán.

Základním vstupním krokem v léčbě by byla diagnostika sociálního systému klienta. K účasti na tvorbě léčebného plánu by mohli být přizváni i lidé z klientovy podpůrné sociální sítě. Lze předpokládat, že klient by mohl být z rezidenčního zařízení propuštěn dříve než v případě hospitalizace v nemocnici právě na základě úzké spolupráce terapeutického týmu s blízkými, ambulantním lékařem a případovým pracovníkem v komunitě.

Klienti by zde měli příležitost řešit svou krizi v podpůrném prostředí, které poskytuje intenzivní individuální přístup, intervenci v malé skupině a pomoc při řešení praktických problémů. Mohli by tu také zakusit období klidu a odpočinku, které jim dovolí vzdálit se stresu v přirozené komunitě, ale také trénink své zodpovědnosti.

Personální obsazení

Pracovní tým by tvořil podobně jako v nemocnici ošetrovatelský personál, psychiatr, psycholog a sociální pracovník. Ve službě by byli dva střední zdravotničtí pracovníci (zdravotní sestra, ošetrovatel), z nichž jeden by byl muž. V pracovních dnech by byli přítomni dva profesionální terapeuti se vzděláním v oboru psychologie nebo sociální práce, ve dnech volna by byl přítomen jeden terapeut. Terapeuti by poskytovali individuální a skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii, pomáhali by s praktickými úkoly (např. získání sociálních dávek) a zařizovali, aby se klient mohl vrátit do svého přirozeného prostředí. V týmu by mohl být i laický případový pracovník, což by byl někdo se zkušeností vážného duševního onemocnění a vzdělaný v základech případové práce a psychoterapii. Ten by vedl pracovní rehabilitaci a také pomáhal klientům v praktických otázkách ubytování a nároků na sociální podporu. Psychiatr by byl přítomen čtyři hodiny denně a po zbytek času by byl k dispozici na telefonní lince, v případě nutnosti by hned přijel. Vedoucí týmu by řídil program a administrativní pracovník by se staral o provozní a ekonomické záležitosti. Studenti a dobrovolní pracovníci by pomáhali v různých oblastech, například by doprovázeli klienty na vycházkách. Jídlo by připravovali klienti pod vedením zdravotní sestry. Stabilizovanější klienti by měli na starosti úklid a dohlíželi by na drobné domácí práce ostatních.

Členové týmu by měli být nezávislí, energičtí a kreativní. Bylo by nezbytné, aby byli schopni zvládnout krizové situace a

práci pod stresem. Museli by být zaměřeni na klienta se všeobecnými znalostmi komunitních zdrojů. Personál by měl klienty vnímat jako jedinečné individuality s životními příběhy a problémy, kterým je třeba naslouchat a poskytnout jim pochopení a přijetí.

Pro efektivní chod zařízení by byla zásadní komunikace a supervize. Vedoucí týmu by poskytoval supervizi a byl by k dispozici jako stabilizační element celého týmu.

Cíle

Účelem rezidenčního zařízení by bylo poskytovat druh péče, který je na pomezí mezi komunitní případovou prací a hospitalizací v nemocnici. Cílem léčebného programu by byla redukce symptomů, vyřešení krize a rychlá reintegrace klienta do komunity. Očekávalo by se, že klient bude schopen vrátit se k plnému nebo částečnému fungování v komunitě.

Každý klient by měl z rezidenčního zařízení odcházet do vhodných životních podmínek. Nebylo by možné, aby někdo po pobytu v zařízení zůstal bez přístřeší.

Dbalo by se na kontinuitu klinické péče. Koncept kontinuální péče by ovšem neznamenal pouze poskytnutí konsistentní klinické zodpovědnosti v léčebném procesu. Kontinuitou péče by se v tomto případě mělo na mysli také udržení cenných vztahů mezi klientem a podpůrnou sítí v komunitě.

Míra bezpečnosti

Rizika spojená s provozem otevřeného zařízení by byla snižována pečlivým výběrem klientů, každodenním pozorováním klientova měnícího se stavu a odbornou supervizi léčebných plánů.

Prostředí by sice působilo neformálně, ale personál by byl důsledný ve svém úsilí sledovat a chránit klienty. Nebyl by přijat klient, u kterého hrozí nebezpečí, že by utekl, a jeho útěk by mohl mít vážné následky. Bylo by vynaloženo maximální úsilí, aby nedošlo k agresivitě. K minimalizaci konfliktů by se využívaly techniky krizové intervence. Rozrušeným klientům by byla nabídnuta medikace nebo by byli v případě potřeby přeloženi do nemocnice.

Otevřené prostředí by vyžadovalo vyšší než obvyklou míru schopností a pozornosti personálu. Na personál by bylo převedeno více zodpovědnosti za prevenci rizika, a to v určitém stupni i na klienty - byli by posilováni a uvědomováni, že jsou sami za sebe zodpovědní. Toto rozdělení kontroly a zodpovědnosti by bylo mimo jiné důležitým předpokladem, aby zařízení působilo jako méně odcizující než nemocniční prostředí. Domácí atmosféra, která by byla důležitým terapeutickým elementem, by sama o sobě minimalizovala stres nově přicházejících i těch navracejících se do komunity.

Základním klíčem k managementu rizika by byl především kvalitní a intenzivní supervizní program a spolupráce multidisciplinárního týmu.

3.5.2. 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 vzdělávacím projektem pro duševně nemocné nabízejícím výuku cizích jazyků, studiím 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 víkendu) 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.

Motto:

„Naším nejhumánnějším úkolem je brát psychotika v terapii jako rovnocenného partnera v otevřené komunikaci. Tím mu dáváme zažít novou zkušenost vztahu, kterou dost možná dosud nepoznal. Zveme ho k existenci, dáváme smysl jeho pocitům a emocím a tak mu dáváme možnost, aby si utvořil sám o sobě obrázek a tím zjednodušil svou psychickou strukturu.“ (Maffei)

ZÁVĚR

Oblast psychopatologie mne velmi zaujala již během studia na střední škole. Zajímalo mne, co se všechno může dít v lidské mysli? Co je vlastně měřítkem zdraví a nemoci? Co je patologické a co pouze odlišné vnímání světa? Role psychiatra ve mně vzbuzovala ambivalentní pocity - na jedné straně imponující postava Sigmunda Freuda a na straně druhé stereotypní představa nálepkujícího, distancovaného muže v bílém plášti, nabízejícího zklidňující pilulku. Bylo mi sympatické antipsychiatrické hnutí a psychologické metody léčby duševního onemocnění.

Psychotické onemocnění mne vždy fascinovalo pro onu zkušenost odlišné reality, která je plná symbolického materiálu. Lákalo mne věnovat psychotickým obrazům pozornost a hledat v nich významy. Po několika letech praxe a studia již vím, jak důležité je držet psychotického pacienta v běžné realitě a nenechat se pohltit jeho fantazijním světem. Stále věřím v to, že lze s nemocným navázat kontakt a pomáhat jeho uzdravení. Dnes je mi však jasné, že psychoterapie není všemocná a biologická léčba může být velmi efektivním pomocníkem. Někdy právě vhodná medikace umožní nemocnému zařadit se zpět do společnosti. Tento posun od černobílého k širokospektrému vnímání psychiatrie mi umožnila mimojiné realizace této studie.

Když jsem hledala téma dizertační práce, oslovila mne myšlenka Oldřicha Matouška - zaměřit se na samotné potřeby pacientů a kvalitu jim nabízené péče. Objevil se nápad vyjít od předpokladu duševní stability spíše než od diagnózy jako předem omezujícího handicapu. Eriksonova teorie lidského vývoje ve své psychosociální dimenzi se ukázala jako vhodný pilíř studie.

Při otázce výběru respondentů jsem myslela na to, aby v souboru byli lidé, kteří nemocí ještě nejsou zcela chronifikováni. Vzhledem k povaze onemocnění, jehož hlavním rysem je ztráta kontaktu s realitou, jsem se rozhodla mezi respondenty šetření zařadit také tzv. významného druhého, lékaře a psychosociálního pracovníka.

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. BELLAK, 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): *Krise 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 výkumu*. 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.

PŘÍLOHA I. :

DOTAZNÍK PRO PACIENTA (TKU)

• Tento dotazník je anonymní, proto nevpisujte žádné identifikační údaje o pacientovi(tce)! Zjištěné informace slouží pouze pro vnitřní potřeby FF UK, katedry sociologie.

Pohlaví:

Věk:

Dg.:

• Viditelně prosím označte, případně doplňte, správnou odpověď.

1. Bydlíte se svými rodiči?

A) Odpověď je **ano**:

1.1. Chcete se odstěhovat od rodičů?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.2. Chtěl(a) jste se odstěhovat od rodičů před začátkem této nemoci?

- a) ano
- b) někdy jsem o tom uvažoval(a)
- c) spíše ne
- d) ne

1.3. Co byste nyní potřeboval(a) k tomu, abyste se mohl(a) odstěhovat od rodičů?

- a) stálý příjem: ano - ne
- b) jiné místo k bydlení (byt, ubytovnu): ano - ne
- c) spolubydlici(ho): ano - ne
- d) něco jiného - uveďte, co

1.4. Pokud se chcete odstěhovat od rodičů, vyvíjíte v tomto směru nějakou aktivitu?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) vůbec ne

1.5. Vyvíjí vaše rodina nějakou aktivitu v tom směru, abyste se od nich mohl(a) odstěhovat?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.6. Bydlel(a) jste někdy odděleně od rodičů?

- a) ano, déle než 6 měsíců
- b) ano, méně než 6 měsíců
- c) ne

1.7. Pokud jste někdy bydlel(a) odděleně od rodičů, kdy to bylo?

- a) v období před začátkem této nemoci
- b) v období s počátečními projevy této nemoci
- c) v období s intenzivními projevy této nemoci

1.8. Pokud jste někdy bydlel(a) odděleně od rodičů, líbilo se vám to?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano

- c) spíše ne
- d) vůbec ne

1.9. Chcete bydlet úplně sám(a)?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.10. Chtěl(a) jste bydlet úplně sám(a) před začátkem této nemoci?

- a) ano
- b) někdy jsem o tom uvažoval(a)
- c) spíše ne
- d) ne

1.11. Chcete mít spolubydliciho?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.12. Chtěl(a) jste mít spolubydliciho před začátkem této nemoci?

- a) ano
- b) někdy jsem o tom uvažoval(a)
- c) spíše ne
- d) ne

1.13. Vyhovuje vám bydlet u rodičů?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.14. Vykonáváte domácí práce?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.15. Vykonával(a) jste domácí práce před začátkem této nemoci?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.16. Chcete změnit miru, s jakou vykonáváte domácí práce?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.17. Jak doma finančně přispíváte do rodinného rozpočtu?

- a) přispívám více než třemi čtvrtinami do rodinného rozpočtu
- b) přispívám třemi čtvrtinami až polovinou do rodinného rozpočtu
- c) přispívám polovinou až čtvrtinou do rodinného rozpočtu
- d) přispívám méně než čtvrtinou do rodinného rozpočtu

1.18. Jak jste doma finančně přispíval(a) do rodinného rozpočtu před začátkem této nemoci?

- a) přispíval(a) jsem více než třemi čtvrtinami do rodinného rozpočtu
- b) přispíval(a) jsem třemi čtvrtinami až polovinou do rodinného rozpočtu
- c) přispíval(a) jsem polovinou až čtvrtinou do rodinného rozpočtu
- d) přispíval(a) jsem méně než čtvrtinou do rodinného rozpočtu

1.19. Chcete změnit míru, s jakou doma finančně přispíváte do rodinného rozpočtu?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.20. Podílíte se na rozhodování v rodinných záležitostech?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.21. Podílel(a) jste se na rozhodování v rodinných záležitostech před začátkem této nemoci?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.22. Chcete změnit míru, s jakou se podílíte na rozhodování v rodinných záležitostech?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.23. Jak jste obeznámen(a) s projektem chráněného bydlení?

- a) velmi dobře
- b) spíše dobře
- c) spíše špatně
- d) velmi špatně

B) Odpověď je **ne**:

1.1. Kde nyní bydlíte?

- a) ve vlastním bytě
- b) v pronajatém bytě
- c) v ubytovně, na koleji
- d) v chráněném bydlení
- e) někde jinde - uveďte, kde

1.2. Kde jste bydlel(a) před začátkem této nemoci?

- a) s rodiči
- b) ve vlastním bytě
- c) v pronajatém bytě
- d) v ubytovně, na koleji
- e) někde jinde - uveďte, kde

1.3. Jste ve svém současném domově spokojen(a)?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.4. Bydlíte sam(a) nebo máte spolubydlici?

- a) sám(a)
- b) s jedním(nou) spolubydlicí(m)
- c) s více spolubydlicími

1.5. Chcete bydlet úplně sám(a)?

- a) určitě ano
- b) asi ano

- c) asi ne
- d) určitě ne

1.6. Chtěl(a) jste bydlet úplně sám(a) před začátkem této nemoci?

- a) ano
- b) někdy jsem o tom uvažoval(a)
- c) spíše ne
- d) ne

1.7. Chcete mít spolubydlici(ho)?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.8. Chtěl(a) jste mít spolubydlici(ho) před začátkem této nemoci?

- a) ano
- b) někdy jsem o tom uvažoval(a)
- c) spíše ne
- d) ne

1.9. Vykonáváte domácí práce?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.10. Vykonával(a) jste domácí práce před začátkem této nemoci?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.11. Chcete změnit míru, s jakou vykonáváte domácí práce?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.12. Jak finančně přispíváte na vedení domácnosti?

- a) přispívám více než třemi čtvrtinami na vedení domácnosti
- b) přispívám třemi čtvrtinami až polovinou na vedení domácnosti
- c) přispívám polovinou až čtvrtinou na vedení domácnosti
- d) přispívám méně než čtvrtinou na vedení domácnosti

1.13. Jak jste finančně přispíval(a) na vedení domácnosti před začátkem této nemoci?

- a) přispíval(a) jsem více než třemi čtvrtinami na vedení domácnosti
- b) přispíval(a) jsem třemi čtvrtinami až polovinou na vedení domácnosti
- c) přispíval(a) jsem polovinou až čtvrtinou na vedení domácnosti
- d) přispíval(a) jsem méně než čtvrtinou na vedení domácnosti

1.14. Chcete změnit míru, s jakou finančně přispíváte na vedení domácnosti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.15. Podílíte se na rozhodování o vedení domácnosti?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.16. Podílel(a) jste se na rozhodování o vedení domácnosti před začátkem této nemoci?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.17. Chcete změnit míru, s jakou se podílíte na rozhodování o vedení domácnosti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.18. Jak jste obeznámen(a) s projektem chráněného bydlení?

- a) velmi dobře
- b) spíše dobře
- c) spíše špatně
- d) velmi špatně

2. Máte partnera(rku), příp. jste ženatý(vdaná)?

A) Odpověď je **ano**:

2.1. Žijete s partnerkou(rem) ve společné domácnosti?

- a) ano, déle než 2 roky
- b) ano, méně než 2 roky
- c) ne, ale tu zkušenost mám /minimálně 1 rok/
- d) ne a ani tu zkušenost nemám

2.2. Žil(a) jste s partnerkou(rem) ve společné domácnosti v době před začátkem této nemoci?

- a) ano, déle než 2 roky
- b) ano, méně než 2 roky
- c) ne

2.3. Chcete s partnerkou(rem) žít ve společné domácnosti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2.4. Chtěl(a) jste žít s partnerkou(rem) ve společné domácnosti před začátkem této nemoci?

- a) ano
- b) někdy jsem o tom uvažoval(a)
- c) spíše ne
- d) ne

2.5. Pokud společně nežijete, vyvíjíte vy osobně nějakou aktivitu v tom směru, abyste mohli žít společně?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

2.6. Pokud společně nežijete, vyvíjí váš(e) partner(ka) nějakou aktivitu v tom směru, abyste mohli žít společně?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

2.7. Jste nyní ve vašem partnerském vztahu po emoční stránce spokojený(á)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.8. Pokud partnerský vztah již existoval, byl(a) jste v něm po emoční stránce spokojený(á) před začátkem této nemoci?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.9. Jste nyní ve vašem partnerském vztahu po sexuální stránce spokojený(á)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.10. Pokud partnerský vztah již existoval, byl(a) jste v něm po sexuální stránce spokojený(á) před začátkem této nemoci?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.11. Jak byste charakterizoval(a) současnou převažující atmosféru vašeho partnerského vztahu?

- a) láskyplná a vzájemně respektující
- b) nestabilní
- c) máme konflikty
- d) hrozí rozchod

2.12. Pokud partnerský vztah již existoval, jak byste charakterizoval(a) jeho převažující atmosféru před začátkem této nemoci?

- a) láskyplná a vzájemně respektující
- b) nestabilní
- c) máme konflikty
- d) hrozí rozchod

2.13. Koho považujete ve vašem partnerském vztahu celkově za vůdčí osobnost?

- a) rozhodně sebe
- b) spíše sebe
- c) oba stejně
- d) spíše partnera
- e) rozhodně partnera

2.14. Pokud partnerský vztah již existoval, koho jste v něm považoval(a) celkově za vůdčí osobnost před začátkem této nemoci?

- a) rozhodně sebe
- b) spíše sebe
- c) oba stejně
- d) spíše partnera
- e) rozhodně partnera

2.15. Jste nyní ve vašem partnerském vztahu obecně spokojený(á)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.16. Pokud partnerský vztah již existoval, byl(a) jste v něm obecně spokojený(á) před začátkem této nemoci?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.17. Vychováváte s partnerkou(rem) společně nějaké děti?

- a) žádné
- b) jedno
- c) dvě
- d) tři a více

2.18. Vychováváte sám(a) nějaké děti?

- a) žádné
- b) jedno
- c) dvě
- d) tři a více

2.19. Chcete vychovávat společně s partnerkou(rem) (další) děti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2.20. Chtěl(a) jste vychovávat společně s partnerkou(rem) (další) děti před začátkem této nemoci?

- a) ano
- b) někdy jsem o tom uvažoval(a)
- c) spíše ne
- d) ne

2.21. Je podle vás uskutečnitelné vychovávat společně s partnerkou(rem) (další) děti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

B) Odpověď je **ne**:

2.1. Jakou máte zkušenost s partnerským vztahem?

- a) delší než 2 roky
- b) delší než 6 měsíců
- c) kratší než 6 měsíců
- d) žádnou

2.2. Jakou máte zkušenost s partnerským vztahem od začátku této nemoci?

- a) delší než 2 roky
- b) delší než 6 měsíců
- c) kratší než 6 měsíců
- d) žádnou

2.3. Přejete si najít životní(ho) partnera(rku)?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2.4. Přál(a) jste si najít životní(ho) partnera(rku) před začátkem této nemoci?

- a) ano
- b) někdy jsem o tom uvažoval(a)
- c) spíše ne

d)ne

2.5. Znáte někoho ve svém okolí, kdo by se vám jako případný(á) partner(ka) líbil(a)?

- a) znám člověka, který se mi velmi líbí
- b) znám člověka, který se mi docela líbí
- c) neznám nikoho takového

2.6. Jak často přicházíte do styku s lidmi opačného pohlaví? (nepočítejte pobyt v tomto zařízení)

- a) velmi často
- b) spíše často
- c) spíše zřídka
- d) velmi zřídka

2.7. Uvítal(a) byste více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2.8. Vyvíjíte vy osobně nějakou aktivitu v tom směru, abyste si našel(šla) partnerku(ra)?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

2.9. Vyvíjí někdo ve vašem okolí nějakou aktivitu v tom směru, abyste si našel(šla) partnerku(ra)?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

2.10. Máte přátele, na které se můžete plně spolehnout?

- a) ano, mám nejméně 3 přátele
- b) ano, mám nejméně 1 přítele
- c) nejsem si jistý(á)
- d) nikoho takového neznám

2.11. Jste nyní ve vašich sociálních vztazích po emoční stránce spokojený(á)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.12. Byl(a) jste ve vašich sociálních vztazích po emoční stránce spokojený(á) před začátkem této nemoci?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.13. Jste nyní ve vašich sociálních vztazích po sexuální stránce spokojený(á)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.14. Byl(a) jste ve vašich sociálních vztazích po sexuální stránce spokojený(á) před začátkem této nemoci?

- a) rozhodně ano

- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.15. Jste nyní ve vašich sociálních vztazích obecně spokojený(á)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.16. Byl(a) jste ve vašich sociálních vztazích obecně spokojený(á) před začátkem této nemoci?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

2.17. Vychováváte sám(a) nějaké děti?

- a) žádné
- b) jedno
- c) dvě
- d) tři a více

2.18. Chcete vychovávat (další) děti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2.19. Chtěl(a) jste vychovávat (další) děti před začátkem této nemoci?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2.20. Je podle vás uskutečnitelné vychovávat (další) děti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3. Máte zaměstnání?

A) Odpověď je **ano**:

3.1. V jaké profesní oblasti nyní pracujete?

- a) v oblasti výroby
- b) v oblasti služeb
- c) v oblasti administrativy
- d) v oblasti vědy
- e) v nějaké jiné - uveďte, jaké

3.2. Pokud jste byl(a) zaměstnán(a), v jaké profesní oblasti jste pracoval(a) před začátkem této nemoci?

- a) v oblasti výroby
- b) v oblasti služeb
- c) v oblasti administrativy
- d) v oblasti vědy
- e) v nějaké jiné - uveďte, jaké

3.3. Chcete nyní změnit oblast vaší profese?

- a) určitě ano
- b) asi ano

- c) asi ne
- d) určitě ne

3.4. Jste ve vašem zaměstnání v kontaktu s lidmi?

- a) pracuji v týmu spolupracovníků
- b) pracuji s maximálně dvěma spolupracovníky
- c) pracuji sám(a), ale přicházím v práci denně do kontaktu s klienty
- d) pracuji sám(a) a ani nepřicházím v práci do kontaktu s žádnými klienty

3.5. Pokud jste byl(a) zaměstnán(a), byl(a) jste ve vašem zaměstnání v kontaktu s lidmi před začátkem této nemoci?

- a) pracoval(a) jsem v týmu spolupracovníků
- b) pracoval(a) jsem s maximálně dvěma spolupracovníky
- c) pracoval(a) jsem sám(a), ale přicházel(a) jsem v práci denně do kontaktu s klienty
- d) pracoval(a) jsem sám(a) a ani jsem nepřicházel(a) v práci do kontaktu s žádnými klienty

3.6. Chcete nyní ve vašem zaměstnání změnit intenzitu kontaktu s lidmi?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3.7. V jaké pozici pracujete?

- a) mám vedoucí pozici a nikomu dalšímu se nezodpovídám
- b) mám podřízené zaměstnance a zodpovídám se svému nadřízenému
- c) zodpovídám se nadřízeným a nemám nikoho sobě podřízeného

3.8. Pokud jste byl(a) zaměstnán(a), v jaké pozici jste pracoval(a) před začátkem této nemoci?

- a) měl(a) jsem vedoucí pozici a nikomu dalšímu jsem se nezodpovídal(a)
- b) měl(a) jsem podřízené zaměstnance a zodpovídal(a) jsem se svému nadřízenému
- c) zodpovídal(a) jsem se nadřízeným a neměl(a) jsem nikoho sobě podřízeného

3.9. Chcete nyní změnit vaši pracovní pozici?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3.10. Jste ve vašem zaměstnání celkově spokojený(á)?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

3.11. Namáhá vás nyní vaše zaměstnání?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

3.12. Těší vás vaše zaměstnání?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

3.13. Co byste rád(a) změnil(a) ve vašem zaměstnání?

- a) spolupracovníky: ano - ne
- b) mzdu: ano - ne
- c) náplň práce: ano - ne

d)něco jiného - uveďte, co: ano - ne

3.14.Co vám dělá při výkonu vašeho zaměstnání problémy?

a)komunikace s lidmi: ano - ne

b)dodržování pracovního řádu (např.pracovní doba): ano - ne

c)náplň práce: ano - ne

d)něco jiného - uveďte, co: ano - ne

3.15.Jak jste nejdéle byl(a) bez zaměstnání?

a)méně než 2 měsíce

b)méně než 6 měsíců

c)méně než 1 rok

d)více než 1 rok

3.16.Jak jste obeznámen(a) s projektem chráněné práce (chráněné dílny, podporované zaměstnání, přechodné zaměstnání)?

a)velmi dobře

b)spíše dobře

c)spíše špatně

d)velmi špatně

3.17.Jaké máte vzdělání?

a)základní

b)střední bez maturity(SOU)

c)střední s maturitou

d)vysokoškolské

3.18.Jste spokojen(a) s úrovní vašeho vzdělání?

a)rozhodně ano

b)spíše ano

c)spíše ne

d)vůbec ne

3.19.Chcete pokračovat ve vzdělávání?

a)určitě ano

b)asi ano

c)asi ne

d)určitě ne

3.20.Věnujete se nyní vašim zálibám?

a)ano, pravidelně

b)ano, občas

c)téměř ne

d)ne

3.21.Věnoval(a) jste se vašim zálibám před začátkem této nemoci?

a)ano, pravidelně

b)ano, občas

c)téměř ne

d)ne

3.22.Nudíte se ve vašem volném čase?

a)velmi často

b)spíše často

c)spíše zřídka

d)velmi zřídka

3.23.Nudil(a) jste se ve vašem volném čase před začátkem této nemoci?

a)velmi často

b)spíše často

c)spíše zřídka

d)velmi zřídka

3.24. *Jste nyní spokojen(a) s tím, jak trávíte váš volný čas?*

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

B) Odpověď je **ne**:

3.1. *Jak dlouho už jste bez zaměstnání?*

- a) méně než 2 měsíce
- b) méně než 6 měsíců
- c) méně než 1 rok
- d) více než 1 rok

3.2. *Jak nejdéle jste kdy byl(a) bez zaměstnání?*

- a) méně než 2 měsíce
- b) méně než 6 měsíců
- c) méně než 1 rok
- d) více než 1 rok

3.3. *Chcete si najít zaměstnání?*

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3.4. *Pokud jste nebyl(a) zaměstnán(a), chtěl(a) jste si najít zaměstnání před začátkem této nemoci?*

- a) ano
- b) někdy jsem o tom uvažoval(a)
- c) spíše ne
- d) ne

3.5. *V jaké profesní oblasti chcete pracovat?*

- a) v oblasti výroby
- b) v oblasti služeb
- c) v oblasti administrativy
- d) v oblasti vědy
- e) v nějaké jiné (uveďte, jaké)

3.6. *Pokud jste byl(a) zaměstnán(a), V jaké profesní oblasti jste pracoval(a) před začátkem této nemoci?*

- a) v oblasti výroby
- b) v oblasti služeb
- c) v oblasti administrativy
- d) v oblasti vědy
- e) v nějaké jiné (uveďte, jaké)

3.7. *Chcete být ve vašem zaměstnání v kontaktu s lidmi?*

- a) chci pracovat v týmu spolupracovníků
- b) chci pracovat s maximálně dvěma spolupracovníky
- c) chci pracovat sám(a), ale přicházet v práci denně do kontaktu s klienty
- d) chci pracovat sám(a) a ani nepřicházet v práci do kontaktu s žádnými klienty

3.8. *Pokud jste byl(a) zaměstnán(a), byl(a) jste ve vašem zaměstnání v kontaktu s lidmi před začátkem této nemoci?*

- a) pracoval(a) jsem v týmu spolupracovníků
- b) pracoval(a) jsem s maximálně dvěma spolupracovníky
- c) pracoval(a) jsem sám(a), ale přicházel(a) jsem v práci denně do kontaktu s klienty
- d) pracoval(a) jsem sám(a) a ani jsem nepřicházel(a) v práci do kontaktu s žádnými klienty

3.9. V jaké pozici chcete pracovat?

- a) chci mít vedoucí pozici a nikomu dalšímu se nezodpovídat
- b) chci mít podřízené zaměstnance a zodpovídat se svému nadřízenému
- c) chci se zodpovídat nadřízeným a nemít nikoho sobě podřízeného

3.10. Pokud jste byl(a) zaměstnán(a), v jaké pozici jste pracoval(a) před začátkem této nemoci?

- a) měl(a) jsem vedoucí pozici a nikomu dalšímu jsem se nezodpovídal(a)
- b) měl(a) jsem podřízené zaměstnance a zodpovídal(a) jsem se svému nadřízenému
- c) zodpovídal(a) jsem se nadřízeným a neměl(a) jsem nikoho sobě podřízeného

3.11. Vyvíjíte nějakou aktivitu v tom směru, abyste si našel(šla) zaměstnání?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

3.12. Vyvíjí někdo ve vašem okolí nějakou aktivitu v tom směru, abyste si našel(šla) zaměstnání?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

3.13. Jak jste obeznámen(a) s projektem chráněné práce (chráněné dílny, podporované zaměstnání, přechodné zaměstnání)?

- a) velmi dobře
- b) spíše dobře
- c) spíše špatně
- d) velmi špatně

3.14. Jaké máte vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity (SOU)
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

3.15. Jste spokojen(a) s úrovní vašeho vzdělání?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

3.16. Chcete pokračovat ve vzdělávání?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3.17. Věnujete se nyní vašim zálibám?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

3.18. Věnoval(a) jste se vašim zálibám před začátkem této nemoci?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

3.19. Nudíte se ve vašem volném čase?

- a) velmi často
- b) spíše často
- c) spíše zřídka
- d) velmi zřídka

3.20. Nudil(a) jste se ve vašem volném čase před začátkem této nemoci?

- a) velmi často
- b) spíše často
- c) spíše zřídka
- d) velmi zřídka

3.21. Jste nyní spokojen(a) s tím, jak trávíte váš volný čas?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

• Děkuji vám za čas, který jste věnoval(a) zodpovězení otázek a za ochotu spolupracovat na tomto šetření.

PŘÍLOHA II:

DOTAZNÍK PRO OŠETŘUJÍCÍHO PSYCHIATRA, VÝZNAMNÉHO DRUHÉHO A PSYCHOSOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

• Tento dotazník je anonymní, proto nevpisujte žádné identifikační údaje o pacientovi(tce)! Zjištěné informace slouží pouze pro vnitřní potřeby FF UK, katedry sociologie.

Pohlaví pacienta(tky):
Věk pacienta(tky):
Diagnóza pacienta(tky):

• Viditelně prosím označte, případně doplňte, správnou odpověď.

1. Bydlí pacient(ka) se svými rodiči?

A) Odpověď je ano:

1.1. Doporučujete pacientovi(tce) odstěhovat se od rodičů?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.2. Co podle vás pacient(ka) potřebuje k tomu, aby se mohl(a) odstěhovat od rodičů?

- a) stálý příjem: ano - ne
- b) jiné místo k bydlení (byt, ubytovnu): ano - ne
- c) spolubydlíci(ho): ano - ne
- d) něco jiného - uveďte, co
- e) nevím

1.3. Vyvíjí pacient(ka) nějakou aktivitu v tom směru, aby se mohl(a) odstěhovat od rodičů?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne
- e) nevím

1.4. Vyvíjí pacientova(tčina) rodina nějakou aktivitu v tom směru, aby se od nich pacient(ka) mohl(a) odstěhovat?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne
- e) nevím

1.5. Bydlel(a) už pacient(ka) někdy odděleně od rodičů?

- a) ano, déle než 6 měsíců
- b) ano, méně než 6 měsíců
- c) ne
- d) nevím

1.6. Pokud pacient(ka) už někdy bydlel(a) odděleně od rodičů, kdy to bylo?

- a) v období před začátkem této nemoci
- b) v období s počátečními projevy této nemoci
- c) v období s intenzivními projevy této nemoci
- d) nevím

1.7. Pokud pacient(ka) už někdy bydlel(a) odděleně od rodičů, hodnotíte to jako pacientovi(tce) prospěšné?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne
- e) nevím

1.8. Doporučujete pacientovi(tce) bydlet úplně sám(a)?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.9. Doporučujete pacientovi(tce) mít spolubydliciho (vyjma členů původní rodiny)?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.10. Považujete za pacientovi(tce) prospívající zůstat bydlet u rodičů?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne
- e) nevím

1.11. Doporučujete pacientovi(tce) vykonávat domácí práce?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.12. Jak pacientovi(tce) doporučujete finančně přispívat do rodinného rozpočtu?

- a) měl(a) by přispívat více než třemi čtvrtinami do rodinného rozpočtu
- b) měl(a) by přispívat třemi čtvrtinami až polovinou do rodinného rozpočtu
- c) měl(a) by přispívat polovinou až čtvrtinou do rodinného rozpočtu
- d) měl(a) by přispívat méně než čtvrtinou do rodinného rozpočtu

1.13. Doporučujete pacientovi(tce) podílet se na rozhodování v rodinných záležitostech?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.14. Doporučujete pacientovi(tce) projekt chráněného bydlení?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

B) Odpověď je **ne**:

1.1. Kde nyní pacient(ka) bydlí?

- a) ve vlastním bytě
- b) v pronajatém bytě
- c) v ubytovně, na koleji
- d) v chráněném bydlení
- e) někde jinde - uveďte, kde

1.2. Doporučujete pacientovi(tce) jeho současný domov?

- a) určitě ano

- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.3. Doporučujete pacientovi (tce) bydlet úplně sám(a)?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.4. Doporučujete pacientovi (tce) mít spolubydliciho?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

1.5. Doporučujete pacientovi (tce) vykonávat domácí práce?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.6. Jak doporučujete pacientovi (tce) finančně přispívat na vedení domácnosti?

- a) přispívat více než třemi čtvrtinami na vedení domácnosti
- b) přispívat třemi čtvrtinami až polovinou na vedení domácnosti
- c) přispívat polovinou až čtvrtinou na vedení domácnosti
- d) přispívat méně než čtvrtinou na vedení domácnosti

1.7. Doporučujete pacientovi (tce) podílet se na rozhodování o vedení domácnosti?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

1.8. Doporučujete pacientovi (tce) projekt chráněného bydlení?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2. Má pacient(ka) partnera(rku), příp. je ženatý(vdaná)?

A) Odpověď je ano:

2.1. Žije pacient(ka) s partnerkou(rem) ve společné domácnosti?

- a) ano, déle než 2 roky
- b) ano, méně než 2 roky
- c) ne, ale tu zkušenost má /minimálně 1 rok/
- d) ne a ani tu zkušenost nemá
- e) nevím

2.2. Žil(a) pacient(ka) s partnerkou(rem) ve společné domácnosti před začátkem této nemoci?

- a) ano, déle než 2 roky
- b) ano, méně než 2 roky
- c) ne
- d) nevím

2.3. Doporučujete pacientovi (tce) žít s partnerkou(rem) ve společné domácnosti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2.4. Pokud společně nežijí, vyvíjí pacient(ka) nějakou aktivitu v tom směru, aby mohli žít společně?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne
- e) nevím

2.5. Pokud společně nežijí, vyvíjí pacientova(tův) partner(ka) nějakou aktivitu v tom směru, aby mohli žít společně?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne
- e) nevím

2.6. Jak byste charakterizoval(a) současnou převažující atmosféru pacientova(tčina) partnerského vztahu?

- a) láskyplná a vzájemně respektující
- b) nestabilní
- c) mají konflikty
- d) hrozí rozchod
- e) nevím

2.7. Hodnotíte současný partnerský vztah jako pacientovi(tce) prospívající?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne
- e) nevím

2.8. Vychovává pacient(ka) s partnerkou(rem) společně nějaké děti?

- a) žádné
- b) jedno
- c) dvě
- d) tři a více
- e) nevím

2.9. Vychovává pacient(ka) sám(a) nějaké děti?

- a) žádné
- b) jedno
- c) dvě
- d) tři a více
- e) nevím

2.10. Doporučil(a) byste pacientovi(tce) vychovávat společně s partnerkou(rem) (další) děti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

B) Odpověď je **ne**:

2.1. Jakou má pacient(ka) zkušenost s partnerským vztahem?

- a) delší než 2 roky
- b) delší než 6 měsíců
- c) kratší než 6 měsíců
- d) žádnou
- e) nevím

2.2. Jakou má pacient(ka) zkušenost s partnerským vztahem od začátku této nemoci?

- a) delší než 2 roky
- b) delší než 6 měsíců
- c) kratší než 6 měsíců
- d) žádnou
- e) nevím

2.3. Doporučujete pacientovi(tce) hledat si životní(ho) partnera(rku)?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2.4. Znáte někoho v okolí, kdo se pacientovi(tce) líbí?

- a) znám člověka, který se mu(jí) velmi líbí
- b) znám člověka, který se mu(jí) docela líbí
- c) neznám nikoho takového
- d) nevím

2.5. Jak často pacient(ka) přichází do styku s lidmi opačného pohlaví?

(nepočítejte pobyt v tomto zařízení)

- a) velmi často
- b) spíše často
- c) spíše zřídka
- d) velmi zřídka
- e) nevím

2.6. Doporučil(a) byste pacientovi(tce) více příležitostí pro seznámení se s lidmi opačného pohlaví?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

2.7. Vyvíjí pacient(ka) nějakou aktivitu v tom směru, aby si našel(šla) partnerku(ra)?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne
- e) nevím

2.8. Vyvíjí někdo v pacientově(tčíně) okolí nějakou aktivitu v tom směru, aby si našel(šla) partnerku(ra)?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne
- e) nevím

2.9. Má pacient(ka) přátele, na které se může plně spolehnout?

- a) ano, má nejméně 3 přátele
- b) ano, má nejméně 1 přítele
- c) nikoho takového nezná
- d) nevím

2.10. Hodnotíte současné pacientovy(tčiny) sociální vztahy jako jemu(jí) prospívající?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne
- e) nevím

2.11. Vychovává pacient(ka) sám(a) nějaké děti?

- a) žádné
- b) jedno
- c) dvě
- d) tři a více
- e) nevím

2.12. Doporučil(a) byste pacientovi(tce) vychovávat (další) děti?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3. Má pacient(ka) zaměstnání?

A) Odpověď je ano:

3.1. V jaké profesní oblasti pacient(ka) nyní pracuje?

- a) v oblasti výroby
- b) v oblasti služeb
- c) v oblasti administrativy
- d) v oblasti vědy
- e) v nějaké jiné - uveďte, jaké
- f) nevím

3.2. Pokud byl(a) zaměstnán(a), v jaké profesní oblasti pacient(ka) pracoval(a) před začátkem této nemoci?

- a) v oblasti výroby
- b) v oblasti služeb
- c) v oblasti administrativy
- d) v oblasti vědy
- e) v nějaké jiné - uveďte, jaké
- f) nevím

3.3. Doporučujete pacientovi(tce) změnit oblast jeho(její) profese?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3.4. V jaké profesní oblasti pacientovi(tce) doporučujete pracovat?

- a) v oblasti výroby
- b) v oblasti služeb
- c) v oblasti administrativy
- d) v oblasti vědy
- e) v nějaké jiné - uveďte, jaké

3.5. Doporučujete pacientovi(tce) být v práci v kontaktu s lidmi?

- a) pracovat v týmu spolupracovníků
- b) pracovat s maximálně dvěma spolupracovníky
- c) pracovat sám(a), ale přicházet v práci denně do kontaktu s klienty
- d) pracovat sám(a) a ani nepřicházet v práci do kontaktu s žádnými klienty

3.6. V jaké pozici pacientovi(tce) doporučujete pracovat?

- a) mít vedoucí pozici a nikomu dalšímu se nezodpovídat
- b) mít podřízené zaměstnance a zodpovídat se svému nadřízenému
- c) zodpovídat se nadřízeným a nemít nikoho sobě podřízeného

3.7. Hodnotíte toto zaměstnání jako pacientovi(tce) prospívající?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne

- d)určitě ne
- e)nevím

3.8.Hodnotíte toto zaměstnání pro pacienta (tku) jako namáhavé?

- a)určitě ano
- b)asi ano
- c)asi ne
- d)určitě ne
- e)nevím

3.9.Doporučujete pacientovi (tce) projekt chráněné práce (chráněné dílny, přechodné zaměstnání, podporované zaměstnání)?

- a)určitě ano
- b)asi ano
- c)asi ne
- d)určitě ne

3.10.Jaké má pacient (ka) vzdělání?

- a)základní
- b)střední bez maturity(SOU)
- c)střední s maturitou
- d)vysokoškolské
- e)nevím

3.11.Považujete úroveň pacientova (tčina) vzdělání za odpovídající jeho (jejím) schopnostem?

- a)určitě ano
- b)asi ano
- c)asi ne
- d)určitě ne
- e)nevím

3.12.Doporučujete pacientovi (tce) pokračovat ve vzdělávání?

- a)určitě ano
- b)asi ano
- c)asi ne
- d)určitě ne

3.13.Doporučujete pacientovi (tce) věnovat se jeho (jejím) zálibám?

- a)ano, pravidelně
- b)ano, občas
- c)spíše ne
- d)vůbec ne

3.14.Považujete způsob, jakým pacient (ka) tráví volný čas, za jemu (jí) prospívající?

- a)určitě ano
- b)asi ano
- c)asi ne
- d)určitě ne
- e)nevím

3.15.Doporučujete pacientovi (tce) trávit volný čas jiným způsobem?

- a)určitě ano
- b)asi ano
- c)asi ne
- d)určitě ne

B)Odpověď je **ne**:

3.1.Jak dlouho už je pacient (ka) bez zaměstnání?

- a)méně než 1 měsíc
- b)méně než 3 měsíce

- c) méně než 6 měsíců
- d) méně než 1 rok
- e) více než 1 rok
- f) nevím

3.2. Pokud byl(a) zaměstnán(a), v jaké profesní oblasti pacient(ka) pracoval(a) před začátkem této nemoci?

- a) v oblasti výroby
- b) v oblasti služeb
- c) v oblasti administrativy
- d) v oblasti vědy
- e) v nějaké jiné - uveďte, jaké
- f) nevím

3.3. Doporučujete pacientovi(tce) najít si zaměstnání?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3.4. V jaké profesní oblasti pacientovi(tce) doporučujete pracovat?

- a) v oblasti výroby
- b) v oblasti služeb
- c) v oblasti administrativy
- d) v oblasti vědy
- e) v nějaké jiné - uveďte, jaké

3.5. Doporučujete pacientovi(tce) být v práci v kontaktu s lidmi?

- a) pracovat v týmu spolupracovníků
- b) pracovat s maximálně dvěma spolupracovníky
- c) pracovat sám(a), ale přicházet v práci denně do kontaktu s klienty
- d) pracovat sám(a) a ani nepřicházet v práci do kontaktu s žádnými klienty

3.6. V jaké pozici pacientovi(tce) doporučujete pracovat?

- a) mít vedoucí pozici a nikomu dalšímu se nezodpovídat
- b) mít podřízené zaměstnance a zodpovídat se svému nadřízenému
- c) zodpovídat se nadřízeným a nemít nikoho sobě podřízeného

3.7. Vyvíjí pacient(ka) nějakou aktivitu v tom směru, aby si našel(šla) zaměstnání?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne
- e) nevím

3.8. Vyvíjí někdo v pacientově(tčině) okolí nějakou aktivitu v tom směru, aby si našel(šla) zaměstnání?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) spíše ne
- d) vůbec ne
- e) nevím

3.9. Doporučujete pacientovi(tce) projekt chráněné práce (chráněné dílny, přechodné zaměstnání, podporované zaměstnání)?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3.10. Jaké má pacient(ka) vzdělání?

- a) základní

- b) střední bez maturity (SOU)
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské
- e) nevím

3.11. Považujete úroveň pacientova (tčina) vzdělání za odpovídající jeho (jím) schopnostem?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne
- e) nevím

3.12. Doporučujete pacientovi (tce) pokračovat ve vzdělávání?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

3.13. Doporučujete pacientovi (tce) věnovat se jeho (jejím) zálibám?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) téměř ne
- d) ne

3.14. Považujete způsob, jakým pacient (ka) trávi volný čas, za jemu (jí) prospívající?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne
- e) nevím

3.15. Doporučujete pacientovi (tce) trávit volný čas jiným způsobem?

- a) určitě ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) určitě ne

• Děkuji vám za čas, který jste věnoval(a) zodpovězení otázek a za ochotu spolupracovat na tomto šetření.