

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Husitská teologická fakulta

**Diplomová práce**

2014

*Jana Roďanová*

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Husitská teologická fakulta

**Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**

Social work with people with mental illness

*Diplomová práce*

*Vedoucí práce:*

*prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.*

*Autorka:*

*Jana Rođanová*

*Praha 2014*

## **Anotace**

Diplomová práce upozorňuje na problematiku péče o duševně nemocné, kterým byla diagnostikována schizofrenie. Popisuje základní sociální služby se zaměřením na zákonnou úpravu, kompetence a etický kodex sociálního pracovníka. Věnuje se metodám sociální práce se schizofrenními klienty. Definuje důvody vzniku a možnosti znovu začlenění nemocných do společnosti. Zabývá se pojmem schizofrenie, rozebírá typy schizofrenie a možnosti léčby. Kromě toho poukazuje i na význam sociálního pracovníka při práci s lidmi s psychickým onemocněním. Vzhledem ke skutečnosti, že je schizofrenie závažným duševním onemocněním, jsem si prošla stáží v Terapeutické komunitě Mýto a na základě toho jsem se pokusila o hlubší analýzu tohoto pobytového zařízení.

## **Annotation**

The thesis draws attention to the mentally disordered healthcare with the diagnosis of schizophrenia. It describes basic social services, with a focus on legislation and social workers' competencies and code of ethics. It deals with the methods of social services regarding schizophrenic patients. It defines the reasons for inception of schizophrenia and possibilities for patients' reintegration into the society. It deals with the concept of schizophrenia, examines the types of schizophrenia and possible treatments. In addition, it points out the importance of social workers involvement while working with mentally disordered people. Due to the fact that schizophrenia is a serious mental disorder, I decided to work as an intern in the therapeutic community Mýto. Based on my experience, I attempted a deeper analysis of this therapeutic residence.

## **Klíčová slova**

Klient, schizofrenie, sociální práce, sociální služby, sociální pracovník, komunita, terapeut, rodina, tým, režim.

## **Keywords**

The client, schizophrenia, social work, social services, social worker, community, therapist, family, team, mode.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 14.7.2014

Jana Roďanová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala za vstřícnou a ochotnou pomoc a cenné rady při vzniku této bakalářské práce. Prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc.

Mé poděkování patří i mé rodině za bezmeznou trpělivost a psychickou podporu.

V neposlední řadě děkuji klientům a terapeutům z Terapeutické komunity Mýto, kteří se mnou ochotně spolupracovali.

## **Obsah**

<b>Úvod</b> .....	<b>9</b>
<b>1. SOCIÁLNÍ SLUŽBY</b> .....	<b>10</b>
1.2 Zákonná úprava systému sociálních služeb .....	12
1.2 Klient s duševními poruchami v systému sociálních služeb.....	16
1.3 Kompetence sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb prostřednictvím sociální práce .....	17
1.4 Etický kodex sociálního pracovníka .....	19
<b>2. METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTEM</b> .....	<b>22</b>
2.1 Individuální sociální služby .....	22
2.2 Skupinové sociální služby .....	23
2.3 Komunitní sociální služby .....	24
<b>3. SCHIZOFRENIE</b> .....	<b>25</b>
3.1 Základní charakteristika.....	25
3.2 Výskyt a příčiny vzniku .....	27
3.3 Projevy schizofrenie .....	29
3.3.1 Formy schizofrenie .....	30
3.4 Jaké jsou léčebné možnosti.....	32
3.5 Schizofrenie v kontextu rodiny.....	35
3.5.1 Riziko vzniku schizofrenie podle příbuznosti.....	36
<b>4. MOŽNOSTI BYDLENÍ PRO KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ</b> .....	<b>38</b>
4.2 Chráněné bydlení .....	38
4.1 Podporované bydlení .....	39
<b>5. ANALÝZA SLUŽEB PRO KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ V KOMUNITĚ MÝTO</b> .....	<b>41</b>
5.1 Cíle šetření .....	41
5.2 Popis pobytové služby .....	41
5.2 Možnosti ovlivňování sociální službou klienty se schizofrenií .....	56
5.3 Metody a metodika zkoumání.....	62
5.5 Závěry z šetření.....	66
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>68</b>
RESUMÉ .....	70
SUMMARY .....	70
POUŽITÁ LITERATURA: .....	71

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ .....	73
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK .....	74
PŘÍLOHY fotografie z praxe .....	75



## ÚVOD

*„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“*

*Menandros*

Problematika duševních chorob je široká a z toho důvodu jsem se zaměřila zejména na práci s lidmi se schizofrenií. Schizofrenie je jednou z nejdůležitějších psychických poruch, které známe. Ovlivňuje celou osobnost a způsobuje téměř naprostou neschopnost člověka fungovat v reálném světě. Přichází nečekaně a změní celý život nejen pacienta, ale i jeho rodiny a lidí v okolí. Bojovat s touto poruchou je velmi náročné a zdlouhavé. Většina pacientů musí brát léky po celý život. Je důležité, aby si lidé uvědomili závažnost této poruchy a zároveň pochopili, čím procházejí pacienti se schizofrenií. Oni sami nemohou za své onemocnění a mnohdy si ani neuvědomují své chování. Schizofrenie jim změnila život a oni se musí naučit žít s touto nemocí, ale sami to nedokáží a potřebují pomoc z okolí. Důležitá je informovanost okolí o dané poruše, což přispívá k jednodušší léčbě.

Tato diplomová práce seznamuje čtenáře s pojmem schizofrenie, s jejími základními charakteristikami. Dále se zaměřujeme na vývoj pojmu, od prvního použití až ke vzniku různých koncepcí a způsobů léčby. Zaměřuji se také obecně na popis sociální služby. Přináším základní předpoklady vzniku schizofrenie a pravděpodobnosti dědičnosti schizofrenie. Důležité je časté pozorování schizofrenie, v čem pomůže přesný popis příznaků. Schizofrenie jako taková má mnoho forem, které se liší v příznacích, trvání, průběhu. Každý pacient prožívá onemocnění jinak. Veliký význam má léčba schizofrenie. V současnosti je mnoho možností léčby, což je výhodné pro pacienty, protože se mnohem jednodušeji nastaví správná individuální léčba pro každého.

V závěru práce jsme se zaměřila na léčbu a popis pobytového zařízení v Terapeutické komunitě Mýto, která se snaží o zkvalitnění života a posílení samostatnosti lidí se schizofrenií. Zaměření práce bylo zvoleno z důvodu zájmu o tuto poruchu. Lidé si často schizofrenii zaměňují za rozdvojenou osobnost a neznají podstatu onemocnění. Proto jsem se rozhodla jim přiblížit tuto psychickou poruchu spolu s možnostmi léčby psychoterapií.

# 1. SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Systém sociálních služeb by měl být co nejpestřejší. Měl by obsahovat co nejvíce služeb, které jsou cíleně mířeny na skupiny potřebných klientů. Měly by navazovat jedna na druhou a odpovídat potřebám klientů a společnosti. Cílem je vytvořit systém, který bude přispívat ke zvýšené prevenci a kvalitě života (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Matoušek uvádí, že *"na rozdíl od komerčních služeb jsou financovány z veřejných rozpočtů, jsou podrobněji definovány legislativou jako jiné služby, a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování států, krajů a obc. (Matoušek a kol., 2007, s. 9)"*.

Sociální služby však mohou být poskytovány jako komerční služby, a to na základě obchodního kontraktu mezi poskytovateli a uživateli. V zahraniční literatuře můžeme zaznamenat pojem humanitární služby. Jedná se tedy o širší pojem, který zahrnuje i vzdělávací, zdravotnické a administrativní služby. U nás si pod humanitární službou představíme spíše materiální pomoc potřebným lidem, případně pomoc zemím třetího světa.

Dle Matouška definujeme sociální služby *"jako služby, které jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, anebo společnost chránit před riziky, kterými jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují osobu uživatele, ale i jeho rodinu, skupiny, do kterých patří, případně zohledňují i zájmy širšího společenstva"*. (Matoušek a kol., 2007, s. 9)

V neposlední řadě uvádím definice dle MPSV. *„Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.*

## **Cílem služeb bývá mimo jiné:**

- *„podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu*
- *rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život*
- *snižit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.“*  
(<http://www.mpsv.cz>)

Mezi základní znaky při poskytování sociálních služeb patří pomoc při zvládnání běžných úkonů, jako je např. péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů (<http://www.mpsv.cz>).

Do systému péče o duševně nemocné patří všichni lidé, kteří se vyskytují v jejich blízkém okolí. Největší základ tvoří rodina, přátelé, spolupracovníci, komunita, v níž žijí. Duševně nemocní však často potřebují odbornou pomoc. Někteří potřebují poradit, podpořit. Každý sociální pracovník by si měl klást otázku do jaké míry je schopen vidět a mluvit o psychických problémech klienta. Prvním článkem péče o duševně nemocného je první kontakt s klientem. Může být zprostředkován samotným klientem, rodinou nebo odborníkem. Podle závažnosti onemocnění mají možnost výběru mezi terénní, ambulantní nebo pobytovou sociální službou. Ambulantní služby jsou takové, že klienti docházejí do kontaktního centra. Tyto služby neposkytují ubytování. Otevřít dveře v takovém zařízení je pro duševně choré velmi složité a znamená to, že je třeba s problémem něco dělat. Je třeba dát jim odvalu, naději a možná i zajistit doprovod. Pracovníci v ambulantních centrech poskytují služby na základě individuálních potřeb klientů. Terénní forma poskytování sociální služby je v přirozeném domácím prostředí klienta. Neztrácí kontakt s rodinou a svým domácím zázemím. V současnosti je tato forma velmi preferovaná a duševně nemocní ji nejčastěji využívají. Cílem je zejména rozvoj jejich samostatnosti, obnovení společenských kontaktů a zapojení do pracovního procesu a nabytí pocitu užitečnosti. (Mahrová, 2008)

„Pobytové služby jsou takové, které poskytují nepřetržitý provoz v zařízení. Klienti jsou zde dobrovolně, vědí o svých problémech, ale jejich chování se odlišuje od společnosti. Je důležité, aby změnili své postoje a hodnoty a přehodnotili svůj dosavadní život. Vzhledem k závažnosti svému onemocnění by schizofrenici měli plnohodnotně odpočívat, vyhýbat se stresu a návykovým látkám, mít pravidelný režim a zejména pravidelně užívat léky. Přejít z domácího prostředí do celoroční pobytové služby není vždy snadný. Záleží na tom, zda její klienti překonávají dobrovolně, zda akceptují, jaký program je dokáže motivovat k tomu, aby změny ve svém životě přijali. Je jim poskytována pomoc v oblasti, které nejsou schopni řešit

vlastními silami. Pomoc může být časově omezena. Nejčastěji je klientům poskytována v oblasti existenčního zázemí například v oblasti bydlení“ (Matoušek, 2003, s. 183)

V současné době není možné poskytnout klientům kvalitní sociální službu, aniž by byla vyhodnocena jejich situace a potřeby. Důkladné zhodnocení schopnosti je velmi žádoucí zejména tehdy, pokud jsou klientům poskytnuty možnosti chráněného nebo podporovaného bydlení. Ocitnou se tak ve zcela novém prostředí, ve kterém se mohou pohybovat a věnovat svým aktivitám. Služba je nabízena na základě schopností daného klienta jak se dokáže vyrovnat s problémy všedního života. (Matoušek, 2005)

## **1.2 Zákonná úprava systému sociálních služeb**

Jedná se zejména o kvalitu poskytovaných služeb vymezená zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. „Dochází zde k vymezení práv a povinností ze strany poskytovatelů sociálních služeb i ze strany státu, kraje a obce. Lidé mají právo žádat o pomoc a podporu ze strany poskytovatelů sociálních služeb v případě, že nejsou schopni samostatně řešit svoji nepříznivou sociální situaci“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 40).

Mezi hlavní cíle sociálních služeb patří ochrana zájmu lidí, kteří jsou z různých důvodů a příčin oslabeni. Tuto nepříznivou sociální situaci zákon definuje jako ztrátu schopnosti. Může jít o špatný zdravotní stav, krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Klient nedokáže svojí situaci ovládnout natolik, aby nedošlo k jeho sociálnímu vyloučení. (Mahrová, Venglářová, 2008)

### **Zákonné úpravy obsahují pojmy:**

Sociální začlenění

K obecným cílům patří posilování osobních kompetencí, schopností a dovedností člověka. Plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

Sociální vyloučení

Pokud se v životě člověka vyskytly překážky, jež mu zabraňují žít normální život.

Pojem přirozené sociální prostředí

Znamená přirozené sociální prostředí jako je rodina, domácnost, ale také sociální vazby k blízkým osobám, místa, kde pracují a kde realizují každodenní sociální aktivity.

#### Sociální služby

Pomáhají člověku řešit nepříznivé sociální situace. Maximálně podporuje samostatnost a svébytnost člověk a chrání jeho důstojnost.

#### Sociální poradenství

Základní sociální poradenství mají povinnost poskytnout poskytovatelé sociálních služeb, pokud je někdo o tuto radu požádá. Poskytují ho zejména specializované poradny, které se profilují buď podle jevu (drogově závislé) nebo cílové skupiny (např. senioři).

#### Služby sociální péče

Jsou k dispozici, aby pomohli zvládnout péči o vlastní osobu a soběstačnost.

#### Služby sociální prevence

Tyto služby mohou být poskytovány formou terénní, ambulantní nebo pobytové. Především se zaměřují na osoby, které mohou být vyloučeni ze společnosti a nejsou schopni o sebe pečovat z důvodu věku či zdravotního stavu. (Mahrová, Venglářová, 2008)

### **Zákon o sociálních službách upravuje čtrnáct druhů služeb sociální péče:**

#### **1. Osobní asistence**

Poskytuje se v přirozeném prostředí klienta a je určena lidem s tělesným, smyslovým, mentálním nebo kombinovaným postižením seniorům. Osobní asistent se snaží vyhovět potřebám klienta a pomáhá mu zvládnout činnosti obyčejného dne.

#### **2. Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba se dává lidem s duševní nemocí, zdravotním postižením, seniorům nebo rodinami s dětmi v přirozeném prostředí nebo ve specializovaných zařízeních. Zaměřuje se na zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu.

#### **3. Tísňová péče**

Ve formě telefonní nebo elektronické komunikace s lidmi, který jsou v ohrožení zdraví a života.

#### **4. Průvodcovské a předčitatelské služby**

Určeny lidem se smyslovým postižením. Umožňují pomoc při vyřizování dokladů a jiných náležitostí.

## **5. Podpora samostatného bydlení**

Nabízí možnost samostatně bydlet díky posilování schopností a dovedností člověka.

## **6. Odlehčovací služby**

Snaží se kombinovat péči s důrazem na individuální přístup ke klientům se sníženou soběstačností.

## **7. Centra denních služeb**

Pro lidi, kteří mají natolik sníženou soběstačnost, že potřebují ambulantní péči s možností pravidelného docházení. Centra denních služeb obsahují pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, prostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.

## **8. Denní stacionáře**

Nabízejí ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

## **9. Týdenní stacionáře**

Poskytují pobytové služby s výchovnou a sociálně terapeutickou péčí.

## **10. Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Nabízí dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, které potřebují pomoc od druhé osoby.

## **11. Domovy pro seniory**

Nabízí kompletní pobytovou péči s možností sociálně terapeutické činnosti.

## **12. Domovy se zvláštním režimem**

Určeny seniorům, kteří mají duševní onemocnění či jsou závislí na drogových látkách.

## **13. Chráněné bydlení**

*„Domy na půl cesty poskytují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež. Služba obsahuje tyto činnosti: poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.“* (<http://www.mpsv.cz>)

#### 14. Sociální služby ve zdravotnických zařízení ústavní péče

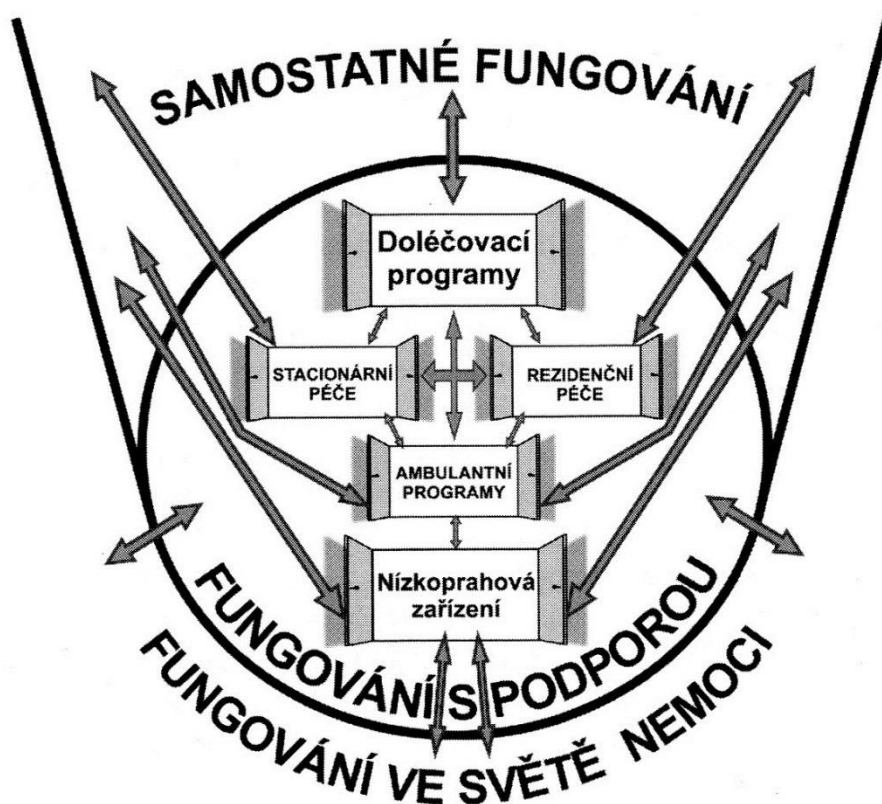
Pro osoby, které potřebují odbornou pomoc, např. psychiatrické léčebny nebo nemocnice.

Do systému sociálních služeb také řadíme:

#### Zákon o sociálních službách upravuje sedmáct druhů služeb sociální prevence:

Řadíme sem ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Obrázek 1: Schéma systému sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním



Zdroj: (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 47)

## 1.2 Klient s duševními poruchami v systému sociálních služeb

Do systému péče o duševně nemocné nepatří pouze klienti, ale také všichni lidé, kteří se pohybují v jejich blízkosti. Základem je rodina, přátelé, učitelé, kolegové či komunita, ve které klient žije. Duševní onemocnění se může na první pohled jevit velice jednoduše, avšak opak je pravdou. Zde je zapotřebí odborné pomoci. Toto onemocnění má individuální průběh, pojí se s mnoha mýty a předsudky. Častokrát klient ani okolí netuší, že trpí duševní poruchou nebo si to nechtějí připustit, popírají to a nevidí. O to složitěji se s tím pacient svěřuje. Nemůžeme za toho nikoho vinit, jde o přirozenou reakci.

Do sociálního systému služeb by mělo patřit aktivní vyhledávání. Sociální pracovník by měl být schopen vidět a mluvit o psychických problémech klienta. Jakmile máme o duševních chorobách informace, zvolíme vhodné místo, formu i osobu, které nabízíme pomoc. Obvykle bývají první reakce odmítavé až prudké. Nejlépe zastihnout nemoc včas a zajistit pomoc co nejdříve. Sociální pracovník by měl mít u sebe seznam adres, letáků a vizitek míst, kde je poskytována pomoc a kam může klienta odkázat. Důležité je znát své vlastní místo v systému.

Pomoc začíná tedy prvním kontaktem sociálního pracovníka s klientem. Duševně nemocný může vyhledat odborníka sám nebo skrze rodinu či blízkou osobu. Nastupuje v první řadě nízkoprahová zařízení, která plní preventivní funkci. Dalším krokem bývá doporučení ambulance nebo kontaktního centra. Otevřít tyto dveře a vejít dovnitř je pro klienta veliký krok. Musí se zbavit strachu a získat odvahu, naději a podporu. Někdy je zapotřebí zajistit doprovod. Mezi první reakce klienta patří vztek, popírání, apatie, únik. Odborník se nesmí zlobit a chápat negativní odezvy, i přesto, pokud klient hned nepřijme nabízenou pomoc. Některým pacientům je nabízena stacionární péče, která kombinuje pobyt klienta v zařízení s odbornou péčí a jeho pobyt doma. V některých místech bývá problém s dostupností. Pokud tomu tak není, díky této péči se může klient vyhnout hospitalizaci.

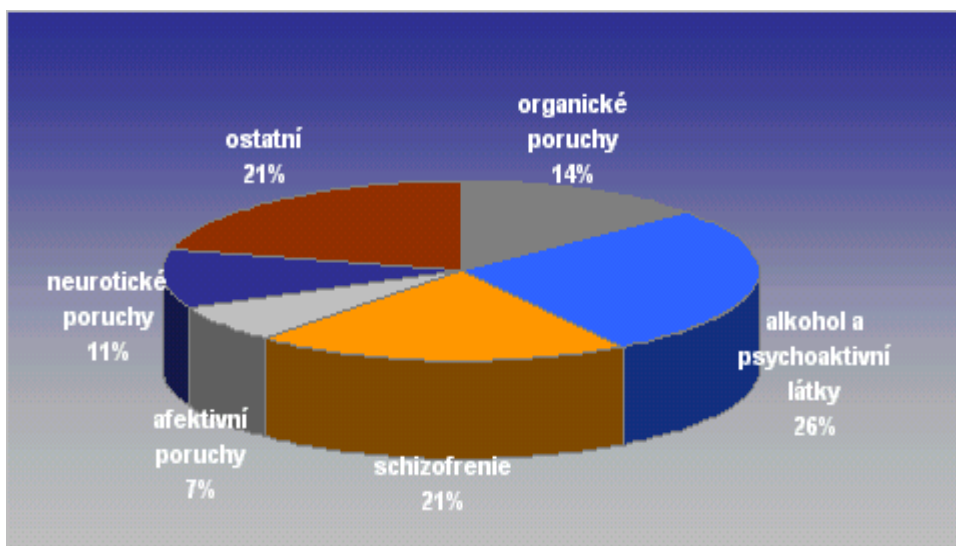
Návazným možným prvkem je rezidenční (pobyťová) péče, což pro klienta znamená různě dlouhý pobyt v zařízení s nepřetržitým provozem (psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrická klinika, psychiatrická léčebna, domov pro osoby se zdravotním postižením apod.). Úkolem sociálních pracovníků zde bývá podporovat zdravé sociální návyky,



obnovovat zdravé sociální dovednosti, udržovat nebo zvyšovat úroveň vnitřních vztahů. Cílem zařízení je dosáhnout u klienta co největší samostatnosti s ohledem na jeho stav.

Duševně nemocný se ihned po ukončení pobytu v léčebném ústavu nemá vracet do předchozích podmínek. Doporučují se další návazné doléčovací péče. Tuto péči domlouvá sociální pracovník s klientem ještě před ukončením pobytu. Možnost návratu do ambulantní péče, využití specializovaného doléčovacího zařízení, domácí péče, chráněného zaměstnání nebo chráněného bydlení. Pro sociálního pracovníka je důležitá a velmi podnětná spolupráce s rodinou, stejně tak jako pro klienta. Tato kooperace je velmi významná. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Graf 1: Struktura hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách podle skupin diagnóz, 2003



Zdroj: ÚZIS ČR

### 1.3 Kompetence sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb prostřednictvím sociální práce

Uplatnění sociálního pracovníka při práci s duševně nemocnými je zejména v různých psychiatrických léčebnách, psychiatrických odděleních v nemocnicích. Dále nacházejí uplatnění v léčebných komunitách, v komunitních zařízeních, jakými jsou např. krizové centra, zařízení podpory práce a bydlení, denní centra. Může také pracovat s duševně nemocnými klienty v jiných službách, které poskytují obce, případně, které poskytují jiné organizace (zařízení pro uprchlíky). Sociální pracovník by měl ovládat alespoň základní pojmy, které jsou důležité při práci s klienty, čili při rehabilitaci duševně nemocných. Sociální

pracovník, který je kompetentní pracovat s duševně nemocnými, musí umět získávat informace od klienta, od jeho okolí. Měl by umět sestavit a zrealizovat plán intervencí, zhodnotit výsledky a vědět jak práci s duševně nemocným klientem ukončit. Dále by měl umět komunikovat s ostatními členy týmu, s dalšími odborníky, případně s institucemi. Také má mít přehled o legislativě a sociální politice, znát systém sociálního zabezpečení, umět se orientovat v hodnotách různých společenských skupin a být k nim vnímavý. Úkolem sociálního pracovníka je také příprava pacienta na přechod z lůžkového zařízení do přirozeného společenství. Po hospitalizaci je zabezpečení podmínek na další život, jako je práce, bydlení, vztahy, hlavním ohledem sociálního pracovníka. Pomáhá budovat jakýsi most, po kterém může klient po návratu do domácího prostředí pokračovat v léčbě např. návštěvou denního stacionáře či programu centra denních aktivit. Sociální pracovník také může poskytovat systematickou intenzivní podporu a monitoring v situacích větší zátěže v domácím prostředí. Zprostředkovává mu služby sociálního zabezpečení, dávky a pomáhá orientovat se v klientových nárocích. Sociální pracovník se věnuje i psychoedukační práci s klientem, která zahrnuje i "management " léků, koordinuje služby v zastoupení klienta, pracuje s rodinou, okolím a veřejností. (Matoušek, 2005)

*„Sociální pracovník je nejvíce v kontaktu s rodinou či sociální sítí pacienta, v této oblasti může takto nejlépe spravovat ostatní členy týmu.*

*Sociální pracovník:*

- *poskytuje pacientům poradenství v sociálně-právní oblasti,*
- *pomáhá zlepšovat kompetence pacienta v oblasti sociální, pracovní či využití volného času, může se v tomto ohledu uplatnit ve specializovaných oblastech rehabilitačních intervencí,*
- *obvykle pracuje v roli případové vedoucího, zabývá se životní situací klienta komplexně, poskytuje přímou podporu v těžkých sociálních situacích pacienta*
- *pracuje s pacientem v jeho přirozeném prostředí,*
- *pracuje přímo nebo (častěji) spolupracuje s odborníky z jiných oblastí. "*

*(Pěč, Probstová, 2009, s. 131)*

## 1.4 Etický kodex sociálního pracovníka

Etické chování sociálních pracovníků ve vztahu ke klientům podporují tak, že své klienty vedou k vlastní odpovědnosti. Chrání důstojnost a lidská práva svých klientů. Sociální pracovníci pomáhají se stejným úsilím a bez jakékoliv diskriminace všem klientům. Jednají s každým člověkem, jako s bytostí. Zajímají se o člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usilují o rozpoznání všech aspektů života člověka. Zaměřují se na silné stránky jednotlivců, skupin, komunit a tak podporují jejich moc.

Profesionální etický kodex vylučuje bezohledné jednání, jeho cílem je jen osobní prospěch. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Sociální pracovníci chrání právo klientů na soukromí a udržují znalost informací. Informace požadují s ohledem na potřebnost při zajišťování služeb, které mají být klientem poskytnuty. Žádné informace o klientech neposkytují bez jejich souhlasu. Výjimku tvoří osoby, které jsou zbaveny způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu nebo tehdy, když jsou ohroženy další osoby. V případech kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňují účastníkům řízení nahlížet do spisů. Sociální pracovníci podporují klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok a to nejen od institucí, v nichž jsou zaměstnáni, ale i od ostatních příslušných zdrojů. Učí klienty o povinnostech, které vyplývají z těchto poskytnutých služeb. Podporují klienty při řešení problémů týkajících se dalších sfér jejich života. Podporují klienty při hledání možnosti zapojit je do procesu řešení jejich problémů. Jsou si vědomy svých odborných a profesionálních omezení. Jednají s osobami, které využívají jejich služeb s empatií a péčí. (MPSV ČR, 2008)

Ve vztahu ke společnosti mají právo a povinnosti upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů. Dbají o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti. Upozorňují na možnosti spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřeby zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují. Působí na rozšíření možností a příležitosti ke zlepšení kvality života pro všechny osoby a to hlavně zdravotně znevýhodněným a postiženým jednotlivcům a skupinám. Sociální pracovníci působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo. (Mahrová, 2008)

Základní etické problémy, s nimiž se sociální pracovníci setkávají, jsou, když vstupují, zda zasahují do života klientů a jejich rodin, skupin či obcím. Rozhodují se, kterým sociálním případům dát přednost a věnovat jim čas na dlouhodobé sociální výchovné působení. Kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienty ke změně postojů až odpovědnosti k jednání a nevedly k jejich zneužití. Musí vědět kdy přestat se sociálními terapiemi a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci. Také řeší problémy, které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývající z následných situací, kdy loajalita sociálních pracovníků s klientem se dostane do střetu zájmů:

- ❖ při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta
- ❖ při konfliktu klienta a jiného občana
- ❖ při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů
- ❖ při konfliktu zájmu klienta a ostatních společnosti
- ❖ při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

Sociální pracovníci mají ve své náplni pomáhat a současně mají klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role, a do jaké míry je tato role přijatelná a akceptovatelná z hlediska základních hodnot sociální práce. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Základem kodexu je pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a řešit problémy. Profesionální úroveň je zaměřena na každý zásah do sféry zdraví, včetně výzkumu, proto musí být v souladu s profesními povinnostmi a na odpovídající úrovni. Významným tématem je „souhlas“. Jedná se o vyjádření nutnosti osoby přijímající péči, její souhlas, odvolání souhlasu nebo její rozhodnutí. Podle prevence nesmí být žádný zásah převeden bez potřebného informování osoby a bez jejího souhlasu. Informace poskytnuté takové osobě se musí týkat, jak účelu a charakteru zásahu, tak jeho důsledků a s ním spojených rizik. Dotyčná osoba může kdykoli svobodně rozhodnout a svůj souhlas odvolat. Velká pozornost se v etickém kodexu věnuje ochraně nezpůsobilých osob k právním úkonům. Jde o pravidla, která mají v dostatečné míře chránit osoby, které v dané situaci nemohou z důvodu složitého stavu poskytnout souhlas s určitým výkonem sociální služby. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Od sociálních pracovníků se očekává, že budou rozvíjet a udržovat požadované znalosti, dovednosti a kompetence v oblasti své práce. Sociální pracovníci nedopustí, aby

jejich znalosti byly využity k nehumánním účelům, jako například mučení nebo terorizování. Jednají vždy bezúhonným způsobem. To zahrnuje, že nezneužívají vztahu a důvěry mezi lidmi, kteří využívají jejich služeb. Rozeznávají hranice mezi osobním a profesním životem a nezneužívají své postavení pro osobní obohacení nebo zisk. Sociální pracovníci jednají s lidmi, kteří využívají jejich služeb s empatií a důkladnou péčí. Zachovávají důvěrnost informací, které se týkají lidí, kteří využívají jejich služeb. Výjimkou může být odůvodnění pouze na základě vyššího etického požadavku jako je například ochrana zdraví nebo života. Jsou zodpovědní za své jednání k lidem, s nimiž pracují. Za jednání vůči kolegům, k zaměstnavatelům profesionálních asociací. Sociální pracovníci se zapojují do diskuse, která se týká etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a jsou odpovědní za to, že jejich rozhodnutí budou eticky podložené. (MPSV ČR, 2008)

## 2. METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTEM

*„Metody sociální práce se označují jako speciální postupy sociálních pracovníků, které jsou definovány cílem nebo cílovou skupinou. Cílem může být například úřední úkon na poskytování materiální pomoci, poskytování poradenství, vytvoření plánů postupu, poskytování komplexní pomoci, výzkum a formulace politiky. Cílovou skupinou může být jednotlivec, rodina, skupina, místní komunita, věková skupina nebo veřejnost. Základními metodami sociální práce je práce s jednotlivcem, se skupinou a s komunitou“ (Matoušek, 2003, s. 107)*

Kvalita života se chápe jako rozhodující pro hodnocení účinnosti terapeutických programů, které se nezaměřují na redukci symptomů, ale pomáhají klientům se vrátit do jejich přirozeného prostředí. Metody hodnotící kvalitu života u cílové skupiny dlouhodobě duševně nemocných většinou obsahují objektivní, ale i subjektivní hodnocení kvality života. V rámci metod jsou využívány různé techniky, které mají původ v sociální práci. Můžeme je rozdělit na individuální sociální práci, skupinovou sociální práci a komunitní sociální práci. (Mahrová, Venglářová, 2008)

### 2.1 Individuální sociální služby

Individuální sociální služby se v polovině 19. století zabývaly příčinami chudoby, které byly hlavně charakterizovány nedostatky. Klade se důraz na sociální vztahy jednotlivců a na potřebu studia jejich sociálního prostředí. Za hlavní metodu se považovala intervence do klientova prostředí, rozvoj pevného vztahu se sociálním pracovníkem, který vede klienta k aktivitám a rozhodnutím. V současnosti je cílem individuální sociální práce snaha, aby sociální klienti změnili své nežádoucí životní postoje a byli schopni samostatně řešit své osobní, rodinné a společenské problémy. O individuální sociální práci mluvíme právě proto, že jde o pomoc individualizovanou. Individualizace je vyjádření jedinečnosti problému klienta. Toto je chápání klienta ne jako objektu, ale jako subjektu sociální práce. Z hlediska teorie komunikativního jednání jde mezi sociální pracovníky a klienty o interakci charakterizovanou jako komunikativní symetrie. Cílem interakce je orientace na dorozumění, to znamená na společné definování klientova problému. (Mahrová, Venglářová, 2008)

## 2.2 Skupinové sociální služby

Vývoj nastal v souvislosti se sociálními změnami způsobenými průmyslovou revolucí v Anglii. Do velkých měst přicházeli lidé za účelem najít si práci, však nenašli adekvátní sociální podmínky, což vedlo ke vzrůstu kriminality a delikvence. Vznikla pomoc v městských centrech zvaných settlementy. Šlo o porozumění problémů chudých, nezaměstnaných, emigrantům, tělesně postiženým a jinak handicapovaným lidem vlastní aktivitou v životě jejich komunity. Poskytovali vzdělání, kulturní aktivity a programy pro volný čas. Po 2. Světové válce se podstatně terapeuticky orientovala a vymezila se na definici skupinové sociální práce. (Mahrová, Venglářová, 2008)

*„V Čechách Schimmerlingová a Novotná definují skupinovou sociální práci jako psychosociální působení na skupinu lidí s nějakým společným znakem s cílem, aby se stali celistvou osobností nebo ji znovu objevili a mohli se celkově zdravě vyvíjet. Ve skupině si tyto lidé mohou uvědomit, že nejsou osamoceni, že stejné obtíže a problémy prožívají i druzí a že společně mohou hledat a nalézat cesty vedoucí k řešení těchto problémů.“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 22)*

Skupinová sociální práce je pojmenování pro různé typy profesionální práce se skupinami lidí.

### Rozlišujeme tři orientace:

- Skupinová sociální práce Tento postup se využívá k posílení sociálního fungování členů skupiny. Pojí se se vzděláním, rekreačními aktivitami apod. Avšak musím doplnit, že se nejedná o terapii, má pouze léčebný vliv.
- Skupinová terapie Jedná se o „intervenční strategii zaměřenou na pomoc jednotlivcům s duševními problémy nebo problémy se sociální adaptací“. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 22)
- Sociální práce se skupinami V první řadě se věnuje skupině, až posléze jednotlivci. Cílem je se zaměřit na dosažení cílů, které jsou ve skupinové smlouvě. Sociální pracovník se zaměřuje na rozvoj skupiny, její autonomii, poznání skupinové soudržnosti a pomáhá získat informace jeden o druhém a podporuje komunikaci mezi členy. Snaží se navigovat skupinu správným směrem s cílem k osamostatnění a svépomoci.

Skupiny se dají rozdělit podle jejich zaměření na rekreační skupiny, skupiny zaměřené na rekreační dovednosti (plavání, šití), vzdělávací skupiny (kurzy), svépomocné skupiny (vzájemná podpora, př. alkoholici), skupiny zaměřené na socializaci (rozvoj dovedností), terapeutické skupiny a další.

Můžeme souhrnně říci, že cílem Skupinové práce v sociálních službách je „*prevence vzniku nežádoucích jevů, socializace ve formě pomoci při začleňování do společnosti a získávání sociálních dovedností, rehabilitace jako znovunabytí schopností fungovat v běžném životě, náprava nežádoucího chování a jednání, řešení problémů, osobní zdravý vývoj a rozvoj, vzdělávání, růst.*“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 25)

## **2.3 Komunitní sociální služby**

Tyto služby jsou definovány jako pomoc lidem v konkrétních životních událostech, v určitém územním celku, bez ohledu na to zda jde o jednotlivce skupinu nebo celou komunitu. Respektuje biologické, etnické, psychologické, kulturní, ale i ekonomické potřeby komunity. Cílem komunitní sociální práce je mobilizace občanské svépomoci v činnostech s různými faktory státních nebo lokálních rozvojových programů. Uskutečňuje se ve prospěch velkého množství lidí. Je nezbytná spolupráce s představiteli samosprávné nebo politické moci. Angažují se v ní občanští aktivisté, nebo přímo obyvatelstvo. Sociální pracovníci hrají roli podporovatelů a organizátorů takových činností. Sociální plánování je v komunitní práci zaměřené na analýzu sociálních podmínek, stanovení cílů, přípravu služby, získání zdrojů a provádění programů. (Mahrová, Venglářová, 2008)



### 3. SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je jednou z nejčastějších a nejobávanějších psychotických poruch. Postihuje poměrně velké procento populace a pro společnost představuje vážný sociální problém. Léčba schizofrenie je nákladná, navzdory nesporným úspěchům i pokrokem, v posledních letech má tendenci k chronickému průběhu s obecně nepříznivou prognózou. Nezavinil ji ani klient ani jeho rodina, přesto jde hlavně o ztrátu lidského potenciálu nemocného.

#### 3.1 Základní charakteristika

Snad žádná z duševních onemocnění člověka z oblasti duševního zdraví neoslnila odborníky, laiky a veřejnost natolik jako schizofrenie. Tato problematika je námětem letitých výzkumů a množství teorií. O schizofrenii bylo již napsáno hodně, ale přesto stále málo.

Emil Kraepelin, německý psychiatr, jako první popsal schizofrenii, uvedením názvu "Démanty precox", tj. předčasná demence. Selhání rozumových schopností a prohlubování s ním spojené, chátrání osobnosti až do úplného úpadku připisoval společnému rysu některých onemocnění: kataténie, paranoie, hebefrenie a předčasné demence. (Raboch, 2001)

Otec pojmu, švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939) poprvé použil pojem schizofrenie v roce 1911. Na rozdíl od Kraepelina došel k závěru, že psychotické projevy nepředstavují skutečnou organickou demenci, rozumové schopnosti zůstávají schizofrenií nenarušené ani citový život celkem neuhasne a neotupí jako při organických onemocněních mozku. Podle Bleuler afektivita není vyhaslá, ale roztržštěná (jedná se o jakýsi „rozštěp“) a v důsledku toho neumožňuje správnou komunikaci s vnějším prostředím. (Motlová, Španiel, 2013).

Jednou z dalších charakteristik schizofrenie je, že se jedná o „závažnou duševní poruchu, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Patří k nejzávažnějším psychickým poruchám (Vágnerová, 2008, s. 333).“

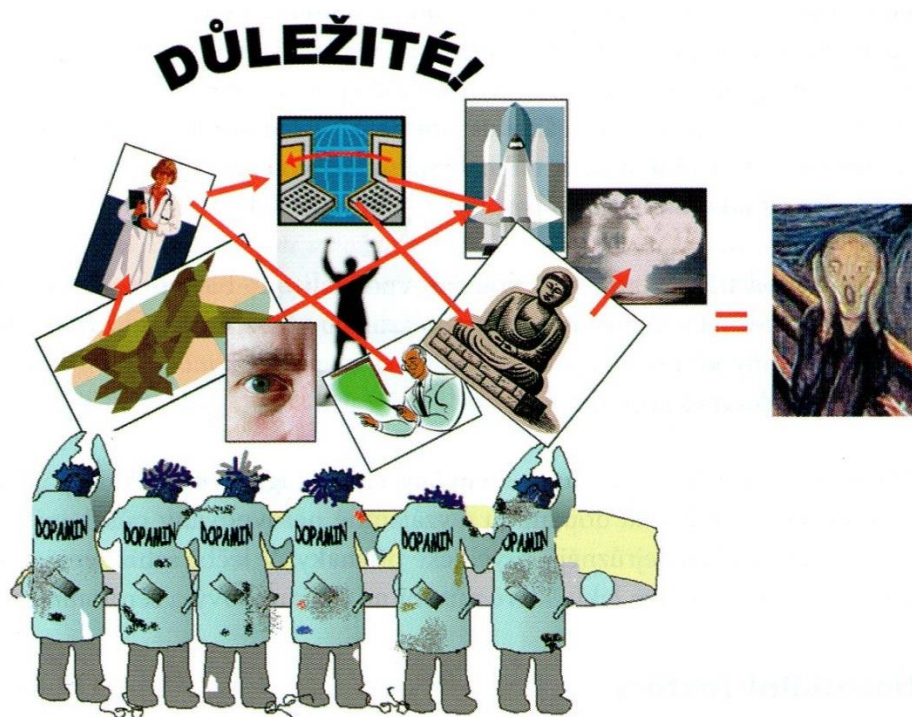
Dle Češkové je „schizofrenie duševní onemocnění charakterizované přetrvávajícím kognitivním deficitem, pozitivními a negativními příznaky (které typicky začínají v mládí), podstatnou variabilitou v projevech a průběhu a strukturální, funkční a neurochemickou alterací mozku (včetně dopaminergní deregulace). Zjišťované změny mozku jsou velmi

*subtilní, naproti tomu manifestace onemocnění je často dramatická. Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizovaná bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality. Tomu do určité míry odpovídá představa laiků – postižený je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo vidí něco, co ostatní ne, jeho řeč a chování jsou divné a nepochopitelné (Češková, 2012, s. 11).“*

Schizofrenii lze diagnostikovat až tehdy, když zpozorujeme, že člověk se kompletně psychicky změnil, má jiný projev, chování a toto chování je nápadné i laikovi. Přežití se zásadně odlišuje od běžného. K této změně dochází někdy úplně náhle. Většinou se tito lidé nejprve dlouhou dobu před propuknutím nemoci uzavírají do sebe, přerušují sociální kontakty, omezují vlastní iniciativy. Cítí se bez radosti, stísnění a neumí se soustředit. Mnozí pociťují větší tlak ze strany okolí na svou osobu, což způsobuje přetížení. Někteří naopak bývají radostní, vzrušení. Pro nemocné schizofrenii je téměř vždy bolestivé, když se jejich skutečnost, jak ji oni prožívají, srazí se skutečností druhých lidí a s jejich prožíváním skutečnosti. (Hell, Fischer-Felten, 1997)

Nicméně schizofrenie 20. století má však s dnešními schizofreniemi pramálo společného. V dnešním 21. století budí schizofrenie spíše rozpaky. Pomáhají tomu obrovské psychiatrické léčebny na okrajích měst. Avšak díky dostupné farmakologické léčbě od poloviny 20. století, moderním psychosociálním postupům a psychiatrické rehabilitaci dokáže většina pacientů žít samostatně. Pokud potřebuje hospitalizace, pak pouze krátkodobé, stabilizační. Tudiž bychom se měli odpoutat od zažitých názorů, že je schizofrenie jako devastující onemocnění se špatným koncem nebo se zbavit pohledu na schizofrenika coby nebezpečného blázna. V dnešní době dokážeme schizofrenii léčit či naučit lidi s touto duševní chorobou žít a lépe jí porozumět, ale nedokážeme odstranit stigma, které je s ní spjaté a má špatné dopady pro pacienty a jejich rodinu. Bohužel stále na lidi s touto diagnózou hledí společnost skrze prsty. Tímto je vystavuje stresu a dlouhodobému neblahému průběhu. Lékaři si uvědomují, že pacient mnohdy diagnózu odmítne a nepřijme léčbu, a z toho důvodu se příležitostně lékaři uchylují k jiné diagnóze, např. k akutní polymorfni psychotické poruše. Leckdy tuto diagnózu nepřijme pacient, ale jeho blízcí, pro které je diagnóza schizofrenie absolutně nepřijatelná. Často blízcí tuto duševní nemoc podceňují, v krajních případech své nemocné blízké dokonce od léčby odrazují (Motlová, Španiel, 2013).

Obrázek 2: Popis schizofrenie



U schizofrenie dochází ke zvýšenému výdeji dopaminu v limbickém systému. Už neoznačuje skutečně závažné události, ale nálepkuje jako důležité i zcela náhodné, nepodstatné informace. Výsledek je, že nemocný zprvu cítí, jako by vše mělo speciální význam, důležitost. Velmi rychle se jednotlivé události náhodně propojí a záhy se objeví bludný systém.

Zdroj: (Praško a spol., 2005, s. 29)

### 3.2 Výskyt a příčiny vzniku

Schizofrenie se nejčastěji objevuje v mladém věku, v době dospívání, kdy se člověk odpoutává od původní rodiny s cílem osamostatnit se. Člověk tak může pociťovat zátěž, přecitlivělost nebo zranitelnost přičemž se snaží docílit samostatnost a to může být indikátorem pro chorobné reakce. Rozdíl mezi muži a ženami je ve výskytu onemocnění, zejména z časového hlediska, protože ženy postihuje od 25 - 35 let a u mužů se může objevit v období od 16 - 25 let. (Vágnerová, 2008)

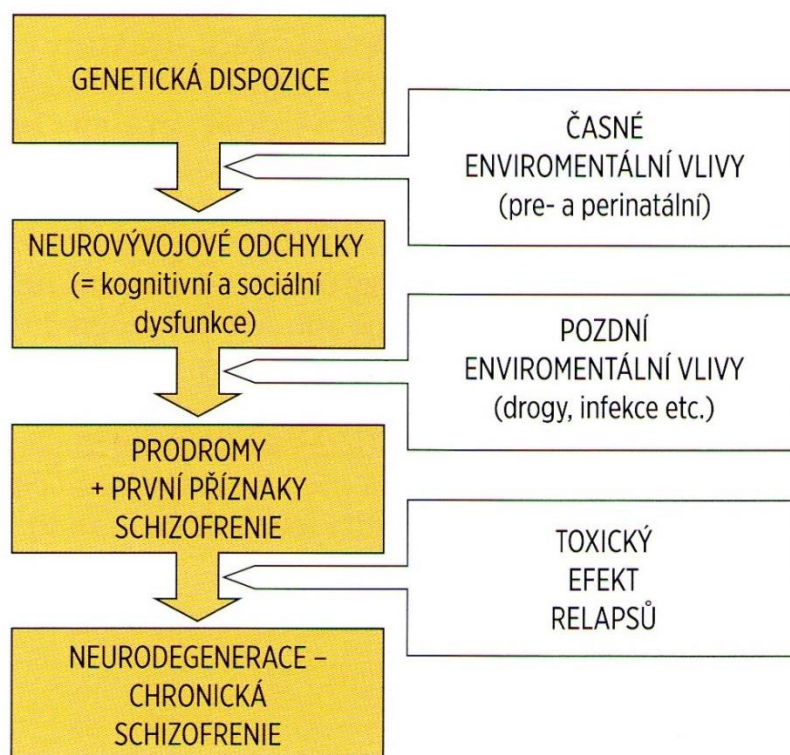
V důsledku duševního onemocnění schizofrenie může docházet k dezintegraci tzv. defektu osobnosti u nemocného. Defekt osobnosti se vyznačuje úpadkem celkové osoby, přičemž je přítomno celkové snížení psychických a intelektuálních funkcí, které vedou k odlišnému způsobu prožívání, myšlení a chování. Poslední fází je rozpad osobnosti. (Mahrová, 2008)

Koliba a Kořínková (1998) poukazují na vysokou pravděpodobnost, že za vznikem klinických příznaků schizofrenie je porucha dopaminergního systému. Jde o hyperaktivitu postsynaptických mezokortikálních a mezolimbických dopaminových receptorů a atypické množství noradrenalinu, serotoninu a glutamátu.

*„Chronické duševní onemocnění postihuje přibližně 1% populace. Začíná obvykle u mužů mezi 15 - 25 let. Ženská část populace mezi 25 - 35 let života. Obvykle mají mírnější formu onemocnění než muži a lépe reagují na léčbu. Projevy schizofrenie bývají rozmanité a v současnosti se předpokládá, že podkladem těchto příznaků je několik patofyziologických procesů.“ (Praško, 2003, s. 65)*

*„Mezi biologické faktory patří především dědičnost. Obecně je známo, že se dědí celou řadu vlastností a povahových rysů, vzhled, talent ale i různé nemoci. Pokud v rodině někdo onemocní schizofrenií, je větší pravděpodobnost, že příbuzný také onemocní na schizofrenií. Ze studií o dědičnosti bylo prokázáno, že pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také. Pokud jsou nemocní oba rodiče, tak riziko schizofrenie je vyšší než 30 - 40%. Můžeme tedy říci, že se do určité míry dědí dispozice k onemocnění schizofrenie, ale ne schizofrenie jako nemoc. Nejrozšířenější současný předpoklad k propuknutí psychózy je tehdy, když jsou lidé, kteří mají vrozenou vložku k psychotickému onemocnění, vystaveni nadměrné zátěži z okolního prostředí.“ (Praško, 2001, s. 19)*

Obrázek 3: Neurobiologie schizofrenie – možné kauzální souvislosti



Zdroj: (Motlová, Španiel, 2013, s. 47)

### 3.3 Projevy schizofrenie

Schizofrenie narušuje celou řadu psychických i somatických funkcí, čímž ovlivňuje nejen úspěšnost léčby, ale také schopnost opětovné sociální adaptace a kvalitu života klientů. Projevy schizofrenie jsou často řečí v symbolech. Symboly však psychicky nemocný nepoužívá v běžném smyslu, ale nahrazuje jimi původní pojmy, aniž by tuto změnu zpozoroval.

**Poruchy myšlení** - asociační poruchy myšlení jsou pro schizofrenii specifické. Patří k nim asociační skoky, utlumené myšlení, symbolické myšlení, či paralogické myšlení. Typické je také aglutinující a abstrahující myšlení. (Koliba, Kořínková, 1996)

**Poruchy emotivity** - projevují se současnými rozporupnými vztahy (emotivní ambivalenci), neočekávanými a nevypočitatelnými emočními reakcemi (afekty zlosti, hněvu), chyběním emočních reakcí.

**Poruchy vnímání** - jedná se o sluchové, pohybové, bizarní tělové, i intrapsychické halucinace, které se projevují v podobě "odnímání, vysílání, vkládáním cizích myšlenek a hlasy v hlavě."

**Poruchy řízení a psychomotoriky** - zahrnují produktivní (hyperaktivita) i neproduktivní (stupor, parakinéza) katatonické příznaky. Řízení klientů se schizofrenií se vyznačuje chorobnou váhavostí, nemotivovaným, neúčelným, nebo překvapujícím a neočekávaným jednáním, pod vlivem bludů a halucinací.

**Poruchy osobnosti** - mezi prvními příznaky se objevuje depersonalizace, kdy mají schizofrenici pocit, že dochází ke změnám částí jejich tváře. Často se pozorují v zrcadle. Postupně u nich dochází ke ztrátě zájmů, životních cílů, zanedbávají povinnosti, ztrácejí zájem o přátele a okolí. V nejzávažnějších případech dochází až k rozpadu osobnosti.

**Somatické projevy** - jedná se o poruchy tělesných funkcí organismu. (Koliba - Kořínková 1996)

Další významný rys schizofrenie spočívá v čase. Jedná se o nemoc v pohybu, která probíhá v určitém časovém úseku, postupuje, mění se v čase a má své vyústění. Nese s sebou konkrétní příznaky, které hovoří o její přítomnosti. Tyto příznaky nejen že spolu souvisí, ale také se vzájemně ovlivňují a tvoří integrovaný celek. Lze je rozdělit do základních kategorií, podle toho zda jsou projevem nadměrného vyjadřování standardních funkcí, tzv. pozitivní příznaky, nebo se projevují úbytkem přirozených funkcí, nazývané jako negativní příznaky. V akutní fázi onemocnění jsou typické hlavně pozitivní symptomy, které jsou obvykle projevem zvýšené aktivity mozku nebo nápadnou změnou psychických funkcí. (Kučerová, 2010)

Pozitivní symptomy jsou definovány přítomností abnormálních rysů ve formě bludů, halucinací a to hlavně sluchových - sluchových hlasů, které zhodnocují řízení nemocného, vizuální halucinace - vnímání neexistujících postav, různé záblesky, také se mohou objevit poruchy řečového projevu, neschopnost orientovat se v realitě, neschopnost udržet myšlenkovou nit, poruchy emotivity, výrazná úzkost a jiné. Velmi časté jsou i poruchy chování, zejména pod vlivem bludných představ a přesvědčení. Po pře léčení akutní fáze obvykle nastupuje chronická fáze, přičemž se projevují negativní symptomy například jako - ochuzeny prožívání emocí, nezájem o sebe a okolí, ztráta motivace, sociální izolace, citová otupělost/letargie, pasivita či apatie a také nevykonnost, únava. (Motlová, Španiel, 2013)

### **3.3.1 Formy schizofrenie**

Tradiční dělení schizofrenních poruch se nachází v dokumentu Mezinárodní klasifikace chorob MKN-10, která přidělila schizofrenie označení F20, spolu s rozdělením následných forem onemocnění. (Kučerová, 2010)

Toto rozdělení schizofrenního obrazu má pomoci určit spolehlivou diagnózu na základě, jejíž může být vymezena diferencovaná péče o nemocného klienta. (Höschl, 2004)

Schizofrenie se dělí na následující podtypy:

- Paranoidní schizofrenie - je to nejčastější forma, je charakteristická poměrně trvalými bludy s paranoidním obsahem, přičemž se vyskytují i sluchové halucinace, které vytvářejí celistvé obrazy s iluzemi. Typická je kombinace bludů a halucinací. Výrazné jsou i poruchy vnímání a myšlení. (Kučerová, 2010)
- Hebefrenní schizofrenie - ovlivněno je hlavně myšlení, které může být dezorganizované a ovlivňuje chování jedince. Může se vyskytovat nedostatek společenského taktu, nemocní často nezodpovědně jednají, s oblibou žertují bez jakýchkoliv hranic. Později se může objevit i tendence sociální se izolovat, výrazná podrážděnost či zmatenost. Halucinace a bludy jsou jen částečné.
- Katatonní schizofrenie - je charakterizována výraznými psychomotorickými poruchami, extrémně zvýšenou motorickou aktivitou až neklidem nebo naopak celkovým zpomalením motorické aktivity či ztrátou vůle vykonávat jakoukoli činnost. Mohou se objevit i prvky negativismu, agresivity, halucinace a hlasy, které zakazují nemocnému mluvit, jednat apod. (Vágnerová, 2004)
- Nediferencovaná schizofrenie - psychotické stavy v rámci tohoto podtypu nelze zařadit do žádného z předchozích forem. (Kučerová, 2010)
- Postschizofrenní deprese - "depresivní stav, který může přetrvávat, se objevuje jako dozvuk nemoci. Některé symptomy, zda pozitivní nebo negativní jsou stále přítomny, ale už nejsou v popředí klinického obrazu" (Kučerová, 2010, s. 21). Tyto depresivní stavy jsou spojeny se zvýšením rizikem sebevražd.
- Reziduální schizofrenie - je označení pro chronické stádium schizofrenie po odeznění akutní fáze. Dlouhodobě se objevují negativní symptomy jako psychomotorické zpomalení, pasivita, ochuzené řeč, zhoršení neverbální komunikace, snížený zájem o vlastní osobu, avšak jedinec dokáže provádět základní životní úkoly.
- Schizofrenie simplex - první stadia onemocnění je snadné přehlédnout, protože člověk působí „jakoby“ zlenivěl. Nemocný nemá problém trávit hodiny či dny v nečinnosti, přičemž se uzavírá do sebe, sní, nezajímá se o okolí, postupně ani o sebe, omezuje sociální kontakty a nastává celkový úpadek projevu.

### 3.4 Jaké jsou léčebné možnosti

Úspěšná léčba schizofrenie vyžaduje spolupráci psychicky nemocného, rodiny, i nejbližších příbuzných. Cílem triangu je komunikovat o zkušenostech s psychózou a jejích následcích z pohledu všech zúčastněných. Nejdůležitějším krokem v léčbě schizofrenie je začlenění klientů do společnosti, mobilizací zdravých sil v nich přítomných. V důsledku nesprávné léčby a dlouhodobé izolace či nečinnosti, totiž dochází k opačnému efektu, což není žádoucí. Léčba schizofrenie představuje komplexní a kontinuální péči po celý život. Od začátku léčby je třeba budovat terapeutický vztah založený na důvěře a postupně naplňovat stanovený léčebný plán.

V současnosti se na léčbu a péči o lidi s duševním onemocněním používají podobné techniky, jejichž základ položila psychiatrie 19. a 20. století. V rámci psychiatrické péče, která je poskytována v ambulantní a ústavní podobě se využívají metody jako psychofarmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, psychosociální nebo kulturně-rekreační terapie, přičemž péče o pacienty s psychickými poruchami se organizuje na těchto pracovištích:

- Specializované psychiatrické ambulance
- Obecné nemocnice s psychiatrickými odděleními
- Psychiatrické doléčovací oddělení
- Psychiatrické léčebny
- Psychiatrické stacionáře
- Krizová centra s mobilními týmy
- Zařízení komunitní psychiatrie
- Agentury domácí ošetrovatelské péče a jiné

Je to onemocnění, které se dá léčit, avšak v mnoha případech nedojde k úplnému uzdravení. Podobně jako jiné nemoci je třeba ji léčit komplexně. V praxi to znamená, že jednotlivé metody práce s klienty mají na sebe navazovat a prolínat se. (Vágnerová, 2004)

V současnosti je akceptován pohled a chápání člověka jako bio-psycho-sociální bytost, který se odráží v medicínském, psychologickém, sociálním přístupu. Všechny 3 aspekty spadají do holistického přístupu. (Hučín, 2001)

- Medicínský přístup – psychopatologický obraz schizofrenie je v posledních letech výrazně ovlivněn podáváním psychofarmatik. Právě generace antipsychotik učinila



fungování a kvalitu života nemocného značně rozdílným oproti léčebným metodám v minulosti (Lieberman, 2006). Těžištěm dobře vedené léčby je farmakoterapie, jejímž cílem je znovunastolení kontroly nad vlastním prožíváním a chováním. Pro tento druh léčby je zásadně důležité diagnostické zhodnocení pacienta, přičemž na základě důkladné anamnézy může probíhat Psychofarmakologická léčba. Využívají se většinou neuroleptika, které zmírňují hlavně akutní pozitivní příznaky, plynoucí z nemoci (Höschl, 2004). V některých případech je nutné užívat i antidepresiva, hlavně při depresivních projevech. Novinkou je léčba depotními antipsychotiky, které definujeme jako léky v podobě injekcí podávány jednou měsíčně. (Kučerová, 2010)

Obrázek 4: Antipsychotika



Antipsychotika odstraňují biochemickou nerovnováhu v limbickém systému. Omezují působení nadbytečného dopaminu v této oblasti. To umožní, aby se zde po nějakém čase ustanovila původní rovnováha. Bludný systém se rozpadne a jedinec opět začne vnímat realitu takovou, jaká je.

Zdroj: (Praško a spol., 2005, s. 29)

- **Psychologický přístup** - psychoterapie v užším slova smyslu je specializovaná léčebná metoda, která využívá psychologické prostředky na dosahování změn při poruchách psychických funkcí. (Vágnerová, 2000)

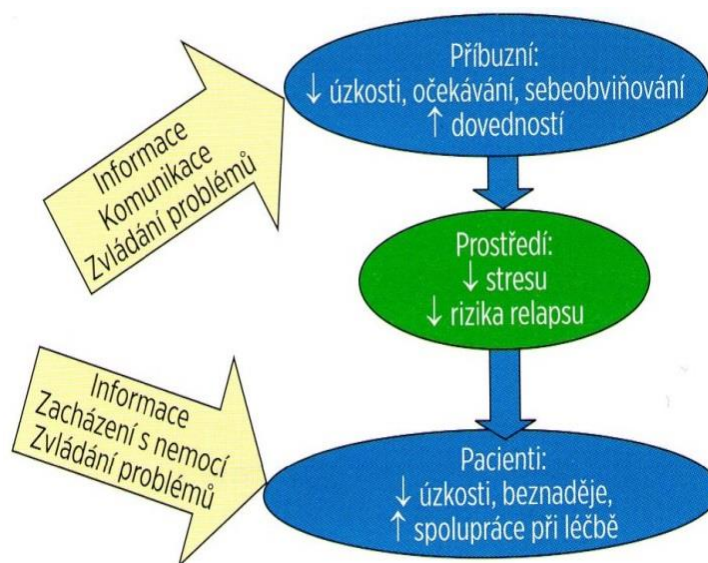
**Psychoterapii** lze rozdělit na individuální nebo skupinovou. Co se týká diagnózy schizofrenie, využívá se individuální i skupinová forma. Až po získání základních zkušeností z individuální terapie je pacient zařazen do skupinové léčby. Důležitou roli v psychologickém přístupu sehrává hlavně psychoterapeutický proces, který je postaven na bázi individuálního vztahu mezi pacientem a samotným terapeutem. (Kalina, 2001)

V tomto případě role psychoterapeuta je klíčová, neboť terapeutický vztah se stává základem pro rozvíjení sociální interakce a základním předpokladem pacientova členství v psychoterapeutické skupině, přičemž takovýto druh podpůrné skupiny je příležitostí k sociálnímu tréninku. Obzvláště u schizofrenních klientů se využívají tzv. speciální psychoterapeutické postupy, neboť nemocní mají často tendenci odmítat komunikaci s vnějším světem a nejsou schopni běžné konvenční adaptability. Jedná se o neverbální techniky jako arteterapie, muzikoterapie, psychodrama, psychogymnastika, využívání literární tvorby, jejichž prostřednictvím se duševně nemocný snaží vyjádřit to, co prožívá. (Syřišťová, 1989)

Jejím hlavním cílem je umožnit zdravotně znevýhodněné osobě, aby dosáhla a udržela si optimální tělesnou, rozumovou, psychickou, smyslovou a sociální úroveň funkcí, která by přispívala k dosažení větší nezávislosti. Pro tyto účely se využívají různé aktivity, například komunitní skupina, psychoterapie, rodinná terapie, arteterapie, muzikoterapie, pracovní terapie, chráněné zaměstnávání, chráněné bydlení, sociální poradenství, prostřednictvím kterých lze procvičovat komunikaci, interpretovat vlastní emoce, stimulovat paměť a učení, rozvíjet svou kreativitu a hlavně vědět jak fungovat v běžném životě. Se sociální rehabilitací úzce souvisí i sociální resocializace. Pod tímto pojmem rozumíme určitý proces, ve kterém se člověk stává občanem dané společnosti, bez ohledu na jeho zvláštnosti - pohlaví, věk, náboženská příslušnost, rasa a také nakažový status. (Balogová, 2008)

V této souvislosti byl vytvořen Národní program pro duševní zdraví. Pro psychicky nemocných klientů má význam hlavně v oblasti vytváření chráněných dílen, zabezpečování chráněného bydlení ve snaze učit se odpovědnosti, nezávislosti, vytváření služeb case managementu tzv. individuální rozvojové plánování, rozšiřování sítí denních stacionářů, vzdělávání odborných pracovníků ve snaze zkvalitnit život znevýhodněných klientů a také destinační a preventivní programy pro veřejnost a rodinu. (Balogová, 2008)

Obrázek 5: Mechanismus účinku rodinné psychoedukace



Zdroj: (Motlová, Španiel, 2013, s. 75)

### 3.5 Schizofrenie v kontextu rodiny

Jak píše Savenje "rodina je hlavním zdrojem podpory nemocných, často jediným a nejdůležitějším. Vedle zdravotníků mnohokrát zůstávají v okolí dlouhodobě psychiatricky nemocných pacientů právě pouze členové rodiny. Mnoho pacientů však žije u příbuzných, kteří dbají na to, aby nedocházelo k přerušení běžných společenských vztahů. Jak dokazují i průzkumy, mohou právě specifické rysy vztahů v rámci rodiny stejně ovlivnit vývoj poruchy." (Pěč, Probstová, 2009, s. 199)

Aby mohly rodiny vhodně přistupovat ke členu rodiny, který má psychickou nemoc, musí být o této nemoci řádně informováni. Měly by znát diagnózu, její důsledky, její vyhlídky. Rodina by měla být rovněž informována o léčbě, o možných vedlejších účincích. Rovněž musí být informován o ošetřování - co to vlastně znamená, kdo to bude provádět, popřípadě, jak do ní budou zahrnuti členové rodiny. (Peč, Probstová, 2009)

Rodiče by měli být co nejvíce trpěliví a tolerantní k projevům nemoci. Vyhnout se výčitkám, jelikož si za toto onemocnění pacient nemůže sám. Cílem rodičů by mělo být pomoci snížit a zvládat stresové situace kolem něj. Pacient se schizofrenií potřebuje jasné, zřetelné a srozumitelné údaje, aby jeho mysl nemohla propuknout ve zmatek. Pokud těmto údajům nebude rozumět, uzavře se zase do svého fantazijního světa, což bude mít za následek spouštění dalších a nových bludů a kolo psychózy se opět roztočí. (<http://www.fokuslabe.cz>, 2014)

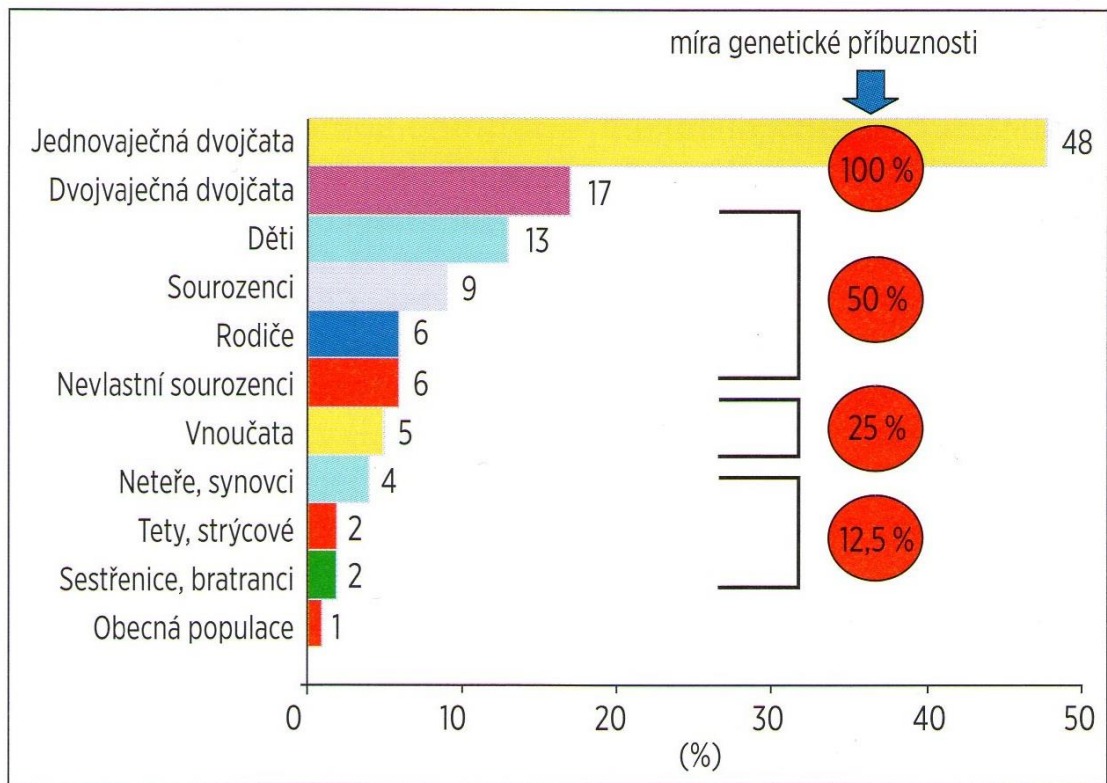
*„Obecně je možno říci, že je třeba dávat nemocnému opakovaně najevo, že o něj příbuzní stále stojí, nabízet mu, zda se nechce zapojit do práce či rozhovoru, ale nenutit jej, když se na to necítí. Nejdůležitější je tedy být k dispozici, aby měl dotyčný sám možnosti se rozhodnout, kdy se zapojit a kdy ne. Je třeba si uvědomit, že člověk se schizofrenií má tím vším, co prožil, velmi otřesené sebevědomí a často trpí značnými pocity méněcennosti. Jeho sebevědomí (a tudíž i zdraví) je třeba postupně a pomalu rekonstruovat. A to především pomocí pochval a pozitivní podpory ze strany jeho okolí. Je třeba jej chválit i za takové činnosti, které byly před nemocí naprostou samozřejmostí.“* (<http://www.fokuslabe.cz>, 2014)

*Dle Jarolímka „na tom, jak se rodina se situací vyrovná, hrozně záleží. Některá se uzavře před světem, vůbec nechce připustit, že by někdo z jejich rodiny mohl onemocnět schizofrenií, trpí pocity viny a studu. Reakce rodiny na sdělení diagnózy, která jejich blízkému nedává do budoucna žádnou naději, se hodně podobá fázím vyrovnávání se s neodvratnou smrtí, které popsala psycholožka Kübel-Rossová. V první chvíli je to úplné popření a odmítnutí „to není možné, aby náš syn byl schizofrenik“. Pak se propadnou do etapy zoufalství a beznaděje, po které následuje fáze obviňování, hádek kdo za to může „tvůj dědeček se oběsil na stromě“, aby jeden nebo druhý rodič mohl sejmout vinu ze sebe. Nakonec přijde fáze vyrovnání a smíření se s tím, že jejich dítě na tom nikdy nebude líp, že pravděpodobně skončí někde v ústavu.“* (<http://blog.aktualne.cz>, 2014)

### **3.5.1 Riziko vzniku schizofrenie podle příbuznosti**

Při prvním vyšetření pacienta s psychotickou poruchou je vhodné pátrat i po pozitivní rodinné anamnéze. Riziko vzniku schizofrenie u příbuzných pacienta záleží od množství společně sdílených genů od probanda. Pokud se nevyvine typický obraz schizofrenie, v těchto rodinách se zvyšuje riziko poruch schizofrenního spektra. Jsou to poruchy, které se vyskytují často u dvojčat probanda, mají podobné příznaky schizofrenie, ale nejsou dostatečné intenzity a nesplňují kritéria. Patří tam některé depresivní poruchy a poruchy osobnosti. (Höschl, 2002)

Obrázek 6: Riziko onemocnění v závislosti na genetické příbuznosti



Zdroj: (Motlová, Španiel, 2013, s. 43)

## 4. MOŽNOSTI BYDLENÍ PRO KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ

### 4.2 Chráněné bydlení

Je alternativou pro občany s trvalým postižením nebo dlouhodobě nemocné, kteří potřebují terapeutickou podporu, ale jejich stav nevyžaduje ústavní péči s plným zaopatřením. Jsou to převážně osoby s mentálním postižením a lidé chronicky duševně nemocní. Cílem chráněného bydlení je naučit klienty k samostatnosti a samostatnému vedení života. Chráněné bydlení jako služba je k dispozici lidem, kteří mají z důvodu zdravotního stavu postižení, chronické onemocnění, včetně duševního, sníženou samostatnost a jejich stav vyžaduje pomoc a podporu od jiné fyzické osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách)

Služba chráněného bydlení může být poskytována ve formě skupinového nebo individuálního bydlení, která obsahuje tyto činnosti:

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování
- pomoc při zajištění chodu domácností
- výchovné, vzdělávací a aktivní činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociální terapeutické činnosti. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Skupinové chráněné bydlení je ve většině případů nějaký byt, ať už třípokojový nebo čtyřpokojový a každý klient obývá samostatně jednu místnost. Společné prostory jsou kuchyň, obývací místnost, koupelna a toaleta. Byt je zařízený, ale pokud mají klienti zájem, mohou si do bytu přinést drobnější nábytek a své osobní věci. Služba je poskytovaná celoročně, a však sociální pracovník je klientům k dispozici jen v pracovní dny. Před nástupem do chráněného bydlení je s každým klientem uzavřena smlouva podle kritérií poskytovatele sociální služby, nejčastěji na jeden rok. Smlouva se dá prodloužit až na dva roky. Služba je poskytována za úhradu příjemce sociální služby. (MPSV ČR, 2008)

Chráněné bydlení individuální je poskytováno v zařízených menších bytech. Klienti jsou mnohem samostatnější než ve skupinovém chráněném bydlení, podpora sociálního asistenta je menší. Služba je poskytovaná celoročně, a však pracovník služby je klientům k dispozici jen v pracovní dny a po vzájemné dohodě. Před nástupem do chráněného bydlení je

klientům také uzavřena smlouva na jeden rok s možností prodloužení až na tři roky. Služba je poskytována za úhradu. (MPSV ČR, 2008)

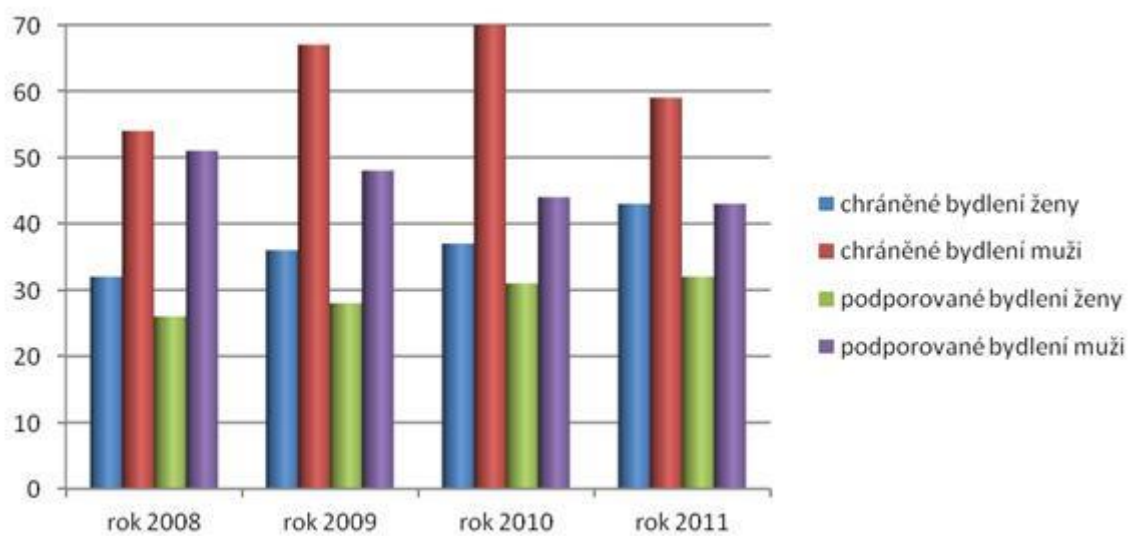
V chráněném bydlení mají lidé možnost seberealizace, uplatnění svých zkušeností, možnost efektivní praktické dovednosti při pracovní terapii, rekreační a zájmové činnosti. Zároveň je jim poskytováno sociální poradenství. Péči a služby jsou přizpůsobené potřebám klientů, kteří se sami podle svých možností podílejí na chodu domácnosti za pomoci pracovníků zařízení. (Matoušek, 2003)

#### **4.1 Podporované bydlení**

„Program probíhající v bytě klienta. Je využíván klienty, kteří absolvovali trénink v chráněném bydlení, vrací se do svého bytu nebo byt získali, ale potřebují podporu pro zvládnutí přechodu z chráněných podmínek do běžného prostředí a pro získání větší jistoty v dovednostech, v kterých se trénovali v chráněném bydlení.“ ([www.fokus-mb.cz](http://www.fokus-mb.cz))

Problémy při poskytování těchto forem služeb jsou zejména pro jejich nízkou kapacitu. Organizace, které poskytují chráněné nebo podporované bydlení se denně setkávají s velkým zájmem o tyto služby ze strany klientů. Z důsledku jejich nedostatku vznikají velké čekací doby. Ne každý zájemce je vhodný na bydlení v chráněném nebo podporovaném bydlení. Někteří takovou formu bydlení nemohou využívat z důvodu přidruženého onemocnění. Mnozí mají možnost bydlet u svých rodin, které jsou ochotny se o nich postarat. Velkým problémem ve využívání služeb na Slovensku ale i v České republice jsou omezené finanční prostředky lidí s psychickým onemocněním. Téměř všichni psychicky nemocní mají částečné nebo plné invalidní důchody, které v rámci financí nepokryjí platby v těchto zařízeních. (MPSV ČR, 2008)

Graf 2: Muži a ženy rozdělení mezi chráněné a podporované bydlení v letech 2008-2011



Zdroj: [www.nadacebona.cz](http://www.nadacebona.cz)



## **5. ANALÝZA SLUŽEB PRO KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ V KOMUNITĚ**

### **MÝTO**

Psychóza způsobuje, že člověk vykolejí z běžných, tak samozřejmých pravidel spontánního života a ocitá se v situaci, kdy ho náhle opustí všechny naučené samozřejmosti, ve kterých dosud tak spokojeně a bezproblémově žil. Mění se jeho prožívání času. Nemocný je zaseknutý ve svých životních projektech, potřebách a možnostech. Dochází ke ztrátě časového prožívání. V takových chvílích přítomnosti, ve kterých je soustředěna úzkost i naděje, nás tito lidé nezbytně potřebují. V úžině lidské naděje existuje ještě základní lidská možnost, být druhým člověkem. Nést s ním alespoň chvíli jeho osud, být na jeho straně v tomto nerovném zápase bolesti. Takovou pomoc nabízí mimo jiné terapeutická komunita Mýto, na kterou jsem se ve svém výzkumu zaměřila.

### **5.1 Cíle šetření**

Mým cílem při nástupu do terapeutické komunity Mýto bylo blíže se seznámit s tématikou schizofrenie. Na vlastní kůži si osvojit život v komunitě. Seznámit se se slovem komunitní v různých kontextech, zejména v souvislosti s komunitním plánováním. Dále zjistit na jakých principech komunita pracuje a zjistit jaká jsou specifika práce s lidmi s duševním onemocněním. Znat potřebnou legislativu a poznat své kladné i záporné stránky při práci s klienty. Potvrdit nebo vyvrátit určité teoretické koncepty sociální práce v praxi. V neposlední řadě bylo mým cílem rychle se seznámit s klienty a zapojit se do chodu komunity. Co nejlépe navázat kontakty a přizpůsobit komunikaci daným podmínkám. Vytvořit atmosféru důvěry, ale zároveň si udržet profesní hranice, za které klienta nepustit, a které vyplývají z etického kodexu sociálního pracovníka. Získat povědomí o terapeutických postupech a sbírat a zpracovávat potřebná informace a v případě schválení komunity vést dokumentaci.

### **5.2 Popis pobytové služby**

Stále větší pozornost se obrací k nutnosti poskytovat komunitní péči o duševně nemocné. Je to trend, který představuje systém terapie, pomoci a podpory s cílem napomoci lidem s psychickým onemocněním žít v podmínkách běžného života uspokojivým způsobem.

*„Žádná definice terapeutické komunity nemusí plně vyhovovat všem a plně vystihovat každou TK. Pod pojmem „terapeutická komunita“ se zahrnuje široké spektrum různých léčebných projektů a institucí a každá komunita je svým způsobem jedinečná a přizpůsobená specifickým potřebám svých členů. Ve světě existují dvě hlavní linie terapeutických komunit – tzv. demokratické TK pro klientelu s poruchami duševního zdraví a osobnostního vývoje a tzv. hierarchické TK pro drogově závislé, přičemž každá z těchto linií má svou kulturu, tradici, svůj slovník s různými formulacemi a důrazy na jednotlivé principy TK.“ (Kalina, 2008, s. 21)*

## **TERAPEUTICKÁ KOMUNITA MÝTO**

### **Poskytovatel: ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHICKÉ ZDRAVÍ**

ČAPZ byla založena v roce 1996 jako občanské sdružení uživatelů psychiatrické péče a jejich blízkých, poskytovatelů této péče a širší veřejnosti. ČAPZ je otevřená jednotlivcům i organizacím, laikům i odborníkům různých profesí v oblasti péče o duševní zdraví, uživatelům této péče, jejich rodinným příslušníkům a blízkým, všem, které tato oblast zajímá.

**Druh sociální služby** (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách): Terapeutická komunita.

**Financování:** formou dotací od neziskové nestátní organizace – ČAPZ.

**Finanční spoluúčast uživatele na službě:** klienti se podílejí na chodu komunity částkou 6 330,- (na ubytování je to 3 630,- a na stravné 2 700,-).

*„Zařízení je určeno pro lidi do jisté míry stabilizované, nepotřebující stálou zdravotní péči. Zároveň se jedná o ty, kteří nějak propadnou záchytnou sociální sítí. Nevydrží žít samostatně v tréninkovém bytě, nezvládají práci v chráněné dílně, vztahy atd. Do Mýta přijdou, aby znovu získali ztracené sociální, hygienické i pracovní návyky. V rámci komunity pospolu vaří, uklízejí, kdo je schopen už nějaké činnosti, motivuje druhé. Tím si pomáhají, jinak než mohou pomoci blízcí doma či specialisté.“ (<http://www.capz.cz>)*

Služba je poskytována v pronajatém objektu fary v Mýtě u Rokycan. Objekt bývalého děkanství na náměstí města Mýta pochází z 18. století. Jedná se o dvoupodlažní budovu. Půdorysné rozměry objektu jsou cca 18x12,8m. V přízemí jsou dvě ubytovací místnosti (pánská ložnice a ložnice terapeutů), kancelář, provizorní kuchyně a pánské sociální zařízení. V prvním poschodí jsou tři ubytovací místnosti (dámské ložnice), společenská komunitní místnost, dámské sociální zařízení (včetně vany) a kuchyně, která byla zrekonstruována v průběhu roku 2007. K objektu přiléhá pozemek a menší hospodářská budova, jejíž část komunita využívá k ustájení hospodářských zvířat.

Služby tohoto resocializačního pobytového zařízení jsou určeny mladým lidem s duševním onemocněním, zejména schizofrenií. Pobyt v terapeutické komunitě jim má pomoci obnovit sociální dovednosti, které kvůli nemoci ztratili, zprostředkovat jim kontakt s místními občany i širokou veřejností a připravit je k pozvolnému začlenění se do běžného života, případně k využití náročnějších stupňů komunitní péče (např. chráněné bydlení, podporované zaměstnání apod.).

Terapeutická komunita nabízí prostor a čas 10–12 mužům a ženám, kteří se dlouhodobě potýkají s duševním onemocněním. Ti spolu s čtyřčlenným týmem pracovníků v sociálních službách a se sociální pracovnící tvoří komunitu, společenství, které umožňuje učit se samostatnosti, komunikaci a pracovním návykům v chráněném prostředí.

První skutečný kontakt s Terapeutickou komunitou Mýto je telefonický kontakt s komunitou nebo vedoucí rehabilitace. V případě, že z tohoto pohovoru vyplyne, že je klient k pobytu v komunitě indikován, přijíždí do komunity na tzv. „zkušební dvouden“. Přiváží s sebou doporučení ošetřujícího psychiatra. Tento zkušební dvouden pomáhá klientovi k tomu, aby se seznámil se členy a chodem komunity a rozhodl se, zda je tato sociální služba pro něj vhodná.

„Zkušební dvouden“ začíná svoláním Mimořádné komunity po příjezdu. Tímto musejí projít také stážisté. Při příchodu do terapeutické komunity, se klienti seřadí za sebou na schodech, nově příchozímu členu při jeho stoupání nahoru po schodech každý zvlášť podá ruku. Poté se všichni sejdou ve společenské místnosti. Pohodlně se posadí a představí se (obvykle řeknou kolik jim je, jak dlouhou dobu jsou v terapeutické komunitě a jaké mají koníčky).

Již druhý den dostane klient materiál o chodu komunity, tedy Smlouvu o spolupráci. Dále se postupuje tak, že s ním bude hovořit jeden z terapeutů a vysvětlí mu základní body, které obsahuje materiál.

Třetí den se již klient účastní pracovního bloku, ve kterém se snaží splnit 2 hodiny ve spolupráci s někým z terapeutické komunity

Pokud se klient rozhodne nastoupit na zkušební měsíc, dostane domácí úkol – napsat si svá očekávání od komunity (do tohoto materiálu se často nahlíží).

První měsíc v komunitě je pro klienta i pro komunitu zkušební. Hovoří se s klientem o jeho očekávání. Co klient od terapeutické komunity očekává a co naopak předpokládá TK od

klienta. Před velkou komunitou (terapií) probíhá konzultace s psychiatrem. Terapeuti pak dávají zpětnou vazbu na klienta. ([www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto](http://www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto))

Ritualizované přijetí klienta do komunity pak proběhne na Velké komunitě zároveň s určením klíčového terapeuta. Každý klient má jiného klíčového terapeuta. Z praxe mi vypnulo, že každý klient má svého oblíbeného terapeuta a obvykle je jím právě klíčový terapeut, jelikož spolu řeší osobně (1 to 1) pouze problémy daného klienta. Klient dostává symbol toho, že patří do komunity (v současné době se papírové jablíčko zavěsí na papírový strom, který si sami klienti vyrobili v době, kdy se věnovali manuální činnosti dle režimu v komunitě) a podepisuje pravidla komunity ve společenské místnosti. Tento rituál je velká událost. Každého klienta při tomto rituálu vyfotí a fotky se následně vyvěsí v komunitě.

## **FÁZE KLIENTA**

Po dobu v komunitě prochází klient určitým vývojem. Nedochozí zde přímo k přechodu z fáze do fáze, jako je tomu např. u léčby závislosti. Délka pobytu, rehabilitační plán a jeho cíle jsou určovány individuálně. Pokud by klient chtěl ukončit pobyt dříve, může tak učinit. Přesto klienti dle TK procházejí třemi výraznými fázemi pobytu, které jsou rozpoznatelné v těchto oblastech:

- pracovní rehabilitace (práce s rehabilitačním plánem),
- orientace a role v komunitě (ovlivňování dění v komunitě a jejího chodu),
- očekávání od komunity a využití její nabídky,
- řešení toho, co bude po odchodu z komunity.

## **NULOVÁ FÁZE – 1 měsíc**

Touto fází jsem si prošla v roli klienta na stáži v komunitě. Byl mi přidělen Patron, klient z vyšší fáze, jako každému nově přichozímu klientovi, se kterým klient vypracovává svůj individuální plán. V den nástupu je prostor na vybalení, rozkoukání se a zapojení do programu. Až další den se podepisuje, v případě že se jedná o klienta, smlouva, aby měl dostatek času na pročetení a případné dotazy. Klient (stejně jako stážista) v této fázi nesmí opouštět komunitu sám, pouze v doprovodu služebně staršího klienta. V této fázi se rozhoduje o vhodnosti pro sociální a pracovní rehabilitaci a přijetí či nepřijetí do komunity.

### ***Životopisná skupina***

Do konce 3. týdne musí mít klient napsaný životopis, který pak prezentuje na životopisné skupině. Na zpracování životopisu má klient každý den 2 hodiny, ale pouze mimo hodiny z denního režimu. V tomto období se může obrátit na terapeuty o pomoc a radu.

### ***Klíčový terapeut***

Doprovází klienta po celou dobu pobytu. Pro klienta je to důvěrná osoba, se kterou se schází dle potřeby 1-3 krát měsíčně. Dohody jsou závazné, klient by je neměl rušit. Sepíše se individuální plán, který se pak prezentuje na komunitě.

### ***Přestup do 1. fáze***

Na Velké komunitě klient zhodnotí dosavadní fungování v komunitě, prezentuje osobní cíle, dostane zpětnou vazbu od ostatních klientů a od terapeutů a také dostane vyjádření, zda schvalují následný pobyt v komunitě.

### **PRVNÍ FÁZE – 2 až 3 měsíce**

V první fázi má klient za úkol se zapojit do kolektivu, vytyčit si osobní cíle a přizpůsobit se komunitnímu systému. Klient by měl vykonávat prosté práce v péči o dům a sám o sebe. Měl by dokázat říct svůj názor. Pokud je klient schopný užívat sám léky, může je dostat do vlastních rukou. Projednávají se výjezdové plány. Klient se podporuje v dodržování režimu v přirozeném prostředí.

Z pohledu pozorovatele jsem zjistila, že není snadné dodržovat režim mimo komunitu na výjezdu. Obvykle je rodina ráda, že má klienty doma, což vede k tomu, že je hýčká a nenutí je dodržovat povinnosti určené terapeutem. Terapeuti musí u rodinných příslušníků klást důraz na dodržení.

### ***Osobní skupina na téma Rodina***

Téma Rodina slouží k tomu, aby se klienti komunity seznámili s prostředím, ze kterého klient pochází a kam bude jezdit na výjezdy.

### ***Přestup do 2. fáze***

V případě, že klient začíná vědomě a iniciativně chápat spoluzodpovědnost za chod komunity, sžije se s kolektivem, dobře zapadne, lépe rozumí nabídce a vybírá si z ní, aktivně se podílí na denním programu, je připraven přejít do 2. fáze.

## **DRUHÁ FÁZE – 2 až 5 měsíců**

V této fázi by měl klient umět motivovat klienty, chválit je, ale zároveň sdělit kritiku a předávat získané zkušenosti klientům v nižší fázi. Má na starosti doprovázení klientů v nižší fázi k lékaři, vyřizovat si sociální záležitosti, nakládat s volným časem např. ve funkci Zvoníka. Také se snaží plánovat své volno hledáním koníčků a vztahů mimo komunitu.

### ***Šéfovské komunity***

Tato komunita se koná každý čtvrtek. Účastní se jí klienti 2. a 3. fáze. Jedná se o nenucený prostor pro plánování chodu komunity a pro sdílení radosti i vzteku.

### ***Přestup do 3. fáze***

Pokud klient dokáže dlouhodobě aktivně a zodpovědně přistupovat k práci a svému rozvoji. Plní individuální plán, zvládá výjezdy, organizuje si volný čas a činně pracuje na hledání práce a návazných službách či bydlení po pobytu v komunitě.

## **TŘETÍ FÁZE – 2 až 3 měsíce**

Klient si po dobu 5 pracovních dní hledá a zajišťuje práci. Zbývajících 2 dny má volno, díky kterému se učí nakládat s volným časem. Vypozorovala jsem, že klienti v této fázi si nedokázali dobře naplánovat volnočasové aktivity a tím docházelo ke zhoršení stavu. Po víkendu se museli složitě znovu navracet do režimu komunity. Klient musí mít pevnou vůli a musí sám chtít se pokusit posunout dál. Také si zařizuje bydlení po komunitě a dostává klíče od domu, které nesmí nikomu půjčovat.

### ***Osobní skupina na téma „Jak funguji v komunitě, co plánuji po komunitě“***

Tato skupina slouží klientovi k uvědomění si rozdílu, jak se mu žije uvnitř a mimo komunitu, na čem by měl ještě zapracovat a co má již zajištěné.

### ***Závěrečná skupina***

Je podmínkou při odchodu z komunity. Klient si o závěrečnou skupinu musí zažádat sám a dostatečně v předstihu s ohledem na počet zájemců o skupinu. Předem si vypracuje závěrečnou práci (může si vyzvednout šablonu v kanceláři), ve které zhodnotí celý pobyt v komunitě, pojmenuje klíčové situace, zlomové body, úspěchy, neúspěchy a budoucí plány.

### ***Ukončení komunity***

Klient samostatně zvládá pobyt mimo komunitu, má zajištěné bydlení a návaznou službu nebo práci.

## **Prodloužení pobytu**

Pobyt lze z oprávněných důvodů prodloužit až o 3 měsíce. Pokud chce tuto možnost využít, musí o ni zažádat na Večerní komunitě nejpozději 14 dnů před vypršením smlouvy. Určí si téma, kde představí plán na prodloužený čas v komunitě. Ve skupině proběhne diskuze a hlasování.

Obrázek 7: Principy působení terapeutické komunity

<b>Článek procesu</b>	<b>Psychózy</b>	<b>Poruchy osobnosti</b>	<b>Neurózy</b>
<i>zapojování</i>	velmi pomalý proces, silná potřeba důvěry, emoční i racionální podpory, pomoci v komunikaci	pomalý a často bouřlivý proces, silná potřeba důvěry, jistoty, opory ve strukturách	probíhá rychleji a spontánněji
<i>vyjadřování emocí</i>	katastrofická úzkost, osamělost, beznaděj, bezmoc, hostilita	panika, hněv, vzdor, křivda, vina, odmítání, opuštěnost	úzkost, strach, nejistota, smutek, vztek, žárlivost, rivalita
<i>interpersonální učení</i>	částečně možné, specifické vnitřní komplikace, stále potřebuje určitou podporu	možné po dobrém zvládnutí zapojení a ukotvení, vyskytují se zvraty a regrese	těžiště léčby; začíná poměrně brzy a rozvíjí se dosti spontánně
<i>nácvik nových postojů a vzorců chování</i>	možný v omezeném rozsahu autonomie: prohlubování zapojení	možný ve větším rozsahu: Já se stává zdrojem akcí	častý ve velkém rozsahu, vyplývá z učících situací, vyšší stupeň sebedůvěry a autonomie
<i>vliv na životní realitu</i>	změna v jedné nebo několika životních oblastech	změna často podstatná, ale křehká: úzdava je celoživotní proces	možnost dosažení duševního zdraví s běžnými lidskými problémy

Zdroj: (Kalina, 2008, s. 145)

## **Režim v komunitě**

### **VŠEDNÍ DNY**

8:00 VSTÁVÁME (KÁPO BUDÍ OSTATNÍ)

8:30 SNÍDÁME (KUCHAŘI PŘIPRAVÍ OSTATNÍM SNÍDANI)

9:00 RANNÍ KOMUNITA

mezi 9:45 a 10:00 (podle délky komunity) ZAČÍNÁME PRACOVAT

12:30 OBĚD

2 hodiny po obědě POLEDNÍ KLID

mezi 14:30 a 15:00 MIKROKOMUNITA PRACOVNÍ (dohoda o zbytku pracovního času)

mezi 15:00 a 17:00 PRACOVNÍ ČAS ODPOLEDNÍ

18:00 VEČEŘE

19:00 VEČERNÍ KOMUNITA

od 20:00 VEČERNÍ PROGRAM společný nebo osobní podle dohody

## **SOBOTA**

10:00 VSTÁVÁME

10:30 SNÍDÁME (v sobotu vaříme společně, předem se domlouváme kdo co udělá)

11:00 KOMUNITA

12:30 OBĚD

2 hodiny POLEDNÍ KLID

15:00 MIKROKOMUNITA (dohoda o odpoledním programu)

15:00- 17:00 SNAHA O SPOLEČNÝ PROGRAM

18:00 VEČEŘE

19:00 KOMUNITA

od 20:00 SNAHA O SPOLEČNÝ PROGRAM

## **NEDĚLE**

OSOBNÍ VOLNO, pouze v 11:00 a 19:00 KOMUNITA

(vaří terapeuti)

V neděli se vydávají léky, terapeuti mají poradu o práci v následujícím týdnu a na večerní komunitě se rozdělují služby na pondělí. ([www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto](http://www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto))



Z pozice pozorovatele musím podotknout, že byl tento režim dne dodržován opravdu přesně. Klientům pomáhal v dodržení režimu tzv. GONG. Měl ho na starost vždy klient. Tuto roli „Zvoníka“ měl klient po dobu jednoho týdne, potom se zase převáděl na jiného klienta. Z pohledu pozorovatele na mne tato činnost působila velice dobrým dojmem. Klienta vedla k přesnosti a k dodržování a hlídání času. GONG 1 x byl vždy 5 minut před začátkem činnosti, klient nahlas ohlásil, o jakou činnost přesně jde, např. příprava na večerní komunitu. A pak znovu musel „dát“ 2 x GONG při začátku večerní komunity. Díky tomuto systému mají klienti v komunitě přehled o tom, co se bude dít. V mé roli stážisty to bylo podnětné. Věřím, že se každému nováčkovi díky tomuto nastartoval režim jako mne. Ke konci týdne už jsem si čas zautomatizovala a pamatovala si ho z hlavy.

### **Strukturované volno**

Slouží k nácviku k zacházení a organizování volného času, z tohoto důvodu je plánované jako výjezd a stejným způsobem se schvaluje a na konci hodnotí na komunitě.

### **Sociální výjezdy**

Klient si může zažádat o plánový výjezd, ve kterém si potřebuje zařídit naléhavou sociální nebo zdravotní záležitost (lékař, hledání zaměstnání, návazné služby...). Opět musí být předem konzultován s komunitou.

## **SLUŽBY**

### **Služba ZVONÍK**

Mimo oznámení událostí pomocí Gongu podle denního režimu, jak už bylo zmíněno, také např. každý večer přebírá od šéfa kuchyně uklizenou kuchyň za přítomnosti terapeuta. Pro terapeuta si musí Zvoník dojít sám do kanceláře a oznámit mu, že je potřeba zkontrolovat kuchyň. Připomínkuje a popřípadě rozděluje práci, která je v rámci kuchyně nutná dodělat. Také kontroluje úklid pokojů, vybírá schránku důvěry, zamyká dveře komunity, otevírá dveře (když někdo zvoní), organizuje sobotní společný program apod.

V rámci mé stáže v TK měl můj Patron zároveň roli Zvoníka. Všechny činnosti zvládal výborně. Klienti někdy zvládají více funkcí dohromady.

### ***Ohlašuje se:***

Rozcvička

Společná jídla (snídaně, obědy, večeře)

Přestávky

Začátek a konec ranní komunity

Začátek a konec večerní komunity

Mimořádné komunity

Terapeutické komunity

Odchody na společné akce

### ***Péče o komunitu***

Má na starost nemocné. Jeho úkolem je nosit jídlo, pití a léky nemocný na pokoj. Zároveň průběžně informuje o zdravotním stavu klienta na komunitách. Sleduje narozeniny a svátky všech členů komunity a včas na ně upozorňuje.

### ***Ranní, Večerní a Velká komunita***

Před zahájením komunity musí docházet 10 minut před začátkem k terapeutům na přípravu. Na každé ráno má připravený citát dne nebo aktualitu, svátek dle kalendáře, pracovní činnost, služby, veškeré akce pro daný a následující den s možným tématem a s připravenou závěrečnou hrou. Po počáteční hře začíná komunitu informacemi o tom, kolikátého dnes je, kdo má svátek. Přednese citát a zdůvodní, proč si ho vybral a začne diskuzi kolem citátu. Zahajuje kolečko s reflexí z večera, noci a rána (při zahájení si vezme plyšového medvídka do ruky a sám začne jako první otevřeně mluvit o svých pocitech, po skončení hodí nebo pošle plyšového medvídka dalšímu kolegovi, což znamená, že je řada na něm).

V neposlední řadě uvádí Večerní komunitu bez citátu a stručně shrnuje celý den (pracovní činnost, co se podařilo/nepodařilo a jaká byla spolupráce a ostatními klienty).

### ***Zvoníkovská kniha***

Stará se o Zvoníkovskou knihu, do které zapisuje program na den, pracovní činnost, podněty z šéfovských skupin, komunitní témata, zápisy z Velkých komunit, eviduje odjezdy klientů, provozní záležitosti. Sleduje, kontroluje a zapisuje kolik bude zapotřebí peněz na sobotní akce.

### **Služba ŠÉF KUCHYNĚ**

Tuto službu vykonávají dva klienti. Služba v kuchyni trvá jeden týden v kuse. Vykonává jí šéfkuchař (2. nebo 3. fáze, má zodpovědnost za kuchyň) a pomocný kuchař (0. nebo 1. fáze).

Mají na starost také tvorbu jídelníčku. Obvykle se na jídelníčku domlouvají s celou komunitou v sobotu. Naplánuje se jídelníček na celý týden. Poté se donese ke schválení do kanceláře. Tam se zároveň domluví co a kolik je toho zapotřebí nakoupit a ve středu se jede na veliký nákup. Při ukončení týdenní služby předávají kuchyň další službě. Musí se kompletně vyčistit celá kuchyň, včetně vyčištění lednice, sporáku, trouby apod.

#### ***Povinnosti:***

- Zodpovídají za přípravu snídaně a nakupují ranní pečivo
- Šéfkuchař kontroluje za úklid kuchyně
- Vymýšlí časový harmonogram práce
- Vaří oběd a večeři
- Po večeři uklízí stůl a kuchyň
- Pomocný kuchař se podílí na přípravě jídelního stolu, židlí, talířů, příborů a hrníčků a po jídle myje nádobí a uklízí

#### **Služba ŠÉF ÚKLIDU**

Tuto službu vykonávají dva klienti. Služba v kuchyni trvá jeden týden v kuse. Vykonává jí šéfúklidu (2. nebo 3. fáze, má zodpovědnost za kuchyň) a pomocník úklidu (0. nebo 1. fáze).

Tato služba má na úklid vyčleněný každý všední den 3 hodiny dopolední činnosti. Úklid kontroluje denně Zvoník a terapeut.

Každodenní úklid se týká chodby, chodníku před komunitou, koupelen a záchodů, místnosti s pračkou, kuřárny, terapeutické místnosti, schodiště a společenské místnosti.

#### **Služba ZVÍŘETNÍK**

Služba trvá jeden týden. Domlouvají jí klienti na Šéfovské skupině na týden dopředu.

#### ***Zvířetník se pravidelně stará o slepice:***

- Ráno otevírá a večer zavírá kurník
- Doplnjuje vodu
- Sbírá slepičí vejčička, která předává do kuchyně

- Čistí kurník

#### ***Zvířetník se pravidelně stará o kočky:***

- Umyje misky
- Každé ráno doplňuje vodu
- Nasype granule
- Večer dá kočkám masovou konzervu

Má přehled o množství krmiva pro zvířata. Po ukončení služby nahlásí kolik je zapotřebí dokoupit krmiva na příští týden.

#### **REFLEXE V KANCELÁŘI**

Nutnost dodržovat zákaz vstupu do kanceláře 30 minut po skončení komunit. Je to prostor terapeutů pro reflexi po programu.

#### **DENÍKY**

Každý klient má svůj deník, který odevzdává vždy před začátkem Ranní komunity na botník před kancelář. Při jeho psaní se musí řídit osnovou, která je do něj vlepená. Jedná se o reflexi programu, pocitů, tělesného stavu, finančního stavu, vztahů v komunitě, užívání léků, je zdrojem vlastního sebepoznání, dalším nástrojem komunikace mezi terapeutem a klientem. Neodevzdání se řeší na komunitě. Zapomenutí se toleruje, ale ukládá se 30 minutová náhradní práce, která se určí na ranní komunitě.

#### **VÝBĚR PENĚŽ V KOMUNITĚ**

Klienti mohou mít v kanceláři kapesné. Pro tyto účely je k dispozici uzamykatelná kasa. Každý klient má svůj vlastní arch, kde se zaznamenávají vklady a výběry a je to vždy potvrzené podpisem klienta a pracovníka komunity. Klient může mít uloženo maximálně 3 000 Kč.

#### **TEXTILNÍ A TRUHLÁŘSKÁ DÍLNA**

Tyto díly slouží k nácvičku kreativitě klienta, nácvičku různých technik, manuální zručnosti. Učí klienty naplánovat práci, připravit se na činnost a především svojí práci dokončit a odevzdat.

Výrobky se prodávají na akcích neziskového sektoru.

#### ***Co se v dílně doposud vyrobilo:***

- Trika s batikovanými vzory
- Trika zdobená savovanými obrazy
- Dekorativní textilie s batikovanými vzory (v terapeutických stanech festivalu Mezi ploty)
- Potahy na polštáře s batikovanými vzory
- Ubrusy zdobené savem (v čítárně prodejny Volvox Globator v Praze)
- Tašky
- Zásuvné úložné prostory pod postel (pokoje klientů)
- Lavice do společných prostor
- Flipchart pro vzdělávací akce ČAPZ
- Stojánky na časopisy pro prodej i pro potřeby komunity
- Police a stojany na nářadí v dílně

### **PRAVIDLA TERAPEUTICKÉ KOMUNITY**

Každá terapeutická komunita by si měla vytvářet soubor psaných i nepsaných pravidel pro každodenní provoz. Tato pravidla se mohou v různých komunitách odlišovat. Nevytvářejí identitu komunity jako systému, ale mají velkou důležitost pro vytváření identity konkrétního společenství. (Kalina, 2008)

### **V komunitě Mýto byly stanovená tato pravidla:**

#### **ŽÍT SPOLEČNĚ**

- Je povinnost se účastnit společného programu (je třeba na komunitě oznámit všechny plány, které nejsou v souladu s režimem komunity)
- První měsíc neopouštět samostatně komunitu
- Povinnost dodržovat dobu pobytu – přibližně první půlrok – teprve po měsíci možnost odjet, ale maximálně na týden

#### **PODÍLET SE NA POTŘEBÁCH KOMUNITY**

- Pokud dojde k mimořádné události (akce, havárie, krizové situace, nutné práce mimo pracovní dobu) **POMÁHAJÍ VŠICHNI**
- Všichni klienti se musí střídat ve všech službách
- Součástí léčebného procesu je smysluplná práce, vycházející z potřeb statku

#### **ZODPOVĚDNOST ZA SPOLUVYTVÁŘENÍ A PLNĚNÍ REHABILITAČNÍHO PLÁNU**

- V případě zhoršení psychického stavu se klientovi dočasně zkracuje počet rehabilitačních hodin
- Zhoršení stavu je potřeba ohlásit na ranní komunitě
- V případě, že klient neplní rehabilitační plán po dobu čtyř po sobě jdoucích týdnů, komunita má právo klienta podmíněčně vyloučit na jeden měsíc, pokud se situace nezlepší, může být vyloučen trvale z komunity

#### STRAVOVAT SE V DOMLUVENÉM ČASE, PRACOVAT V PRACOVNÍ DOBĚ

- Práce se nesmí odkládat, vše musí být hotové ve stanoveném čase
- Nedodržované časů vede k sankcím, stejně jako porušení kteréhokoli jiného bodu desatera

#### PRÁVO KAŽDÉHO KLIENTA SVOLAT MIMOŘÁDNOU KOMUNITU V DOBĚ MEZI DVACÁTOU A DVAADVACÁTOU HODINOU

#### NEUBLIŽOVAT LIDEM, ZVÍŘATŮM ANI VĚCEM, RESPEKTOVAT SE NAVZÁJEM

- Pokud dojde k ubližování lidem, řeší se situace mimořádnou komunitou, nedojde-li k dohodě, rozhodne komunita včetně terapeutů. Sankce: alternativní smířovací trest, podmínka nebo vyloučení.
- V případě opakovaného ubližování dojde k vyloučení z komunity.
- V rámci úmyslného ublížení zvířatům dojde k vyloučení z komunity.
- Jestliže klient svévolně ničí věci je trestem podmínka, při opakovaném porušení dojde až k vyloučení.
- Respektovat se – slovně ani fyzicky nenapadat důstojnost druhých, pokud se tak stane nechtěně, klient se omluví.
- Respektovat rozdílnost členů komunity bez ohledu na pohlaví, rasu, vyznání, sexuální orientaci, ekonomický status atd.
- Každý klient má právo na plnou podporu komunity a terapeutického týmu při vymezení svých osobních hranic, včetně svolání mimořádné komunity.
- Každý člen komunity má právo komukoli cokoli odmítnout, dále chránit své OSOBNÍ VĚCI, CIGARETY, JÍDLO, PENÍZE A NEPOUŠTĚT nahlas hudbu či televizi, pokud to ostatním členům vadí.
- Každý klient a především terapeutický tým má pravomoc stejným způsobem chránit a odmítnout majetek komunity.

#### NEOPÍJET SE, NEFETOVAT, NEKOUŘIT (pouze na vyhraněném místě)

- Za kouření mimo vyhrazená místa se uděluje nejprve alternativní veřejně prospěšný trest, při opakovaném nedodržení je podmíněčné vyloučení.
- Alkohol – povoleno jedno pivo při společných akcích, při porušení je podmíněčné vyloučení.
- Drogy – při jednoznačném zjištění podmíněčné vyloučení, v ostatních případech řešeno mimořádnou komunitou jako proces při násilí.
- S testy na zjištění návykových látek je možno pracovat individuálně po dohodě s klientem a psychiatrem komunity.
- V případě, že komunita rozhodne o nutnosti testování klienta, je možné ho provést i bez předchozí dohody.

#### DODRŽOVAT HYGIENU

- Součástí léčebného procesu je naučit se základní hygienické návyky.
- Neobtěžovat okolí svými návyky.

#### PLATIT PRAVIDELNĚ NÁJEM

- V případě, že klient dluží dva a více nájmů, může být vyloučen z komunity.

#### PODŘÍZOVAT SE ROZHODNUTÍ KOMUNITY, VE SPORNÝCH PŘÍPADECH NECHAT ROZHODNOUT TÝM

- Hlasovat o důležitých věcech. V tomto případě, že počítají pouze hlavy hlasujících. Pokud se klient zdrží hlasování, vzdává se možnosti ovlivnit výsledek. Při rovnosti hlasů rozhoduje tým.

#### SANKCE

- Porušení desatera vede k podmíněčnému vyloučení, při dalším porušení desatera v době podmíněčného vyloučení je klient vyloučen z komunity. Na základě dohody týmu může být klientovi nabídnut opakovaný pobyt. Sankce vyhlašuje terapeut ve službě a to vždy na komunitě.

#### DALŠÍ PRAVIDLA

- Návštěvy rodičů jsou vždy první víkend v měsíci. Třetí víkend je určen bývalým klientům.
- Za dodržení pravidel komunity jsou možné návštěvy přátel a musí být ohlášeny předem.

## SEX A EROTIKA

- Zákaz sexuální vztahů v komunitě mezi klienty. Pokud dojde k milostnému vztahu, diskutuje se o tom na komunitě a hledá se vhodné řešení pro všechny klienty. ([www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto](http://www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto))

## 5. 2 Možnosti ovlivňování sociální službou klienty se schizofrenií

Pokud má klient zájem nastoupit do komunity, domluví si osobní schůzku s psychiatrem komunity (v této době MUDr. Tereza Formánková). Tam také přinese zprávy buď z hospitalizací (90 procent klientů jde ze zdravotnického zařízení) či zprávy ze sociální služby kde byl před tím. Povídají si spolu o jeho zdravotním stavu, průběhu onemocnění, motivaci ke změně, rodinném zázemí a samozřejmě popisu, co se v komunitě děje (psychiatr zná program a je tu jednou za měsíc přímo v komunitě). Poté je klient, pokud patří do TK zařazen do čekací listiny. Pokud není na přijetí do komunity, doporučí se jiná služba. Jakmile je volné místo v komunitě, kontaktujeme klienta již z komunity a domluvíme nástup a vše co je potřebné si přivést a jakékoli další informace. Pak platí, že celý první měsíc (0. fáze) je zkušební a klient i komunita se rozhoduje, zda je to pro klienta vhodná služba.

### TÝM TERAPEUTICKÉ KOMUNITY MÝTO

#### ***Složení odborného týmu:***

Vedoucí rehabilitace

3 terapeuti – (včetně klíčového terapeuta, kooterapeuta)

Sociální pracovník

Psychiatr – dochází 1 x měsíčně na přání klienta

#### ***Osobnost a chování člena týmu***

Aby terapie byla efektivním přínosem pro klienta, měl by terapeut splňovat určité vlastnosti, jako je jistota, přirozenost, důvěra (včetně důvěry v sebe), pevná identita, humor, tvořivost a schopnost přiznat vlastní omyl, přesto, že komplikovaná situace vyvolává v terapeutovi spíše pasivitu a submisivnost. Pokud by byl terapeut rozhněván a frustrován z důvodu nesplnění jeho přání a očekávání na klienta, mohl by při práci s klientem zažívat těžké chvíle. Cílem terapeuta je dosáhnout u klienta separace, individualizace a autonomie. Občas musí být ušetřen odmítnutí ze strany terapeuta, i přesto, že neplní předem stanovená očekávání. (Kalina, 2008)



*„Běžný je také pojem racionální autority (De Leon, 2000 a další), což znamená především upevňovat vlastním příkladem ethos TK a hodnoty zdravého a hodnotného života, činit rozhodnutí v souladu s filosofií a pravidly terapeutické komunity a facilitovat osobní růst klientů s využitím struktury TK.“ (Kalina, 2008, str. 222)*

Racionální autorita se může vyskytnout v momentě, kdy dojde k určitému vybočení z metod řešení krizové situace či absolutní neřešení. Příkladem může být stav, kdy několik pokročilejších klientů je vyloučeno z komunity nebo ztratí svoje pozice a další klienti povýší na jejich místa. Může to mít špatný dopad na klienty, kteří nebyli ve službě Dle Woodhamse jsou však tyto změny nutným zřetelem komunitního života a vytvářejí reálný tlak na klienty. Členové týmu by měli dávat zpětné vazby, jak si klienti vědí dobře rady s náročnými situacemi. Projevem racionální autority je práce s rozhodnutím klienta. Od každého člena týmu se očekává loajalita s tím rozhodnutím a jeho podpora. Nelze totiž zpochybňovat týmový rozhodovací proces. (Kalina, 2008)

Členy týmu komunity zavazuje Etický kodex chovat se jako vyzrálý a pozitivní jedinec a sloužit jako vzor pro klienty. Ve své práci se zaměřím na:

### **ETICKÝ KODEX PRACOVNÍKŮ KOMUNITY**

Cílem zaměstnanců je zajistit kvalitu služeb poskytovaných všem klientům po dobu jejich rehabilitace. Vztah klient — člen týmu je neobyčejný a je nezbytné, aby tým s tímto vztahem zacházel uvážlivě, zodpovědně a s důvěrou, jež mu byla svěřena. Tým se zavazuje k tomu, že musí pečlivě sledovat vlastní jednání stejně dobře, jako sleduje jednání klientů.

#### ***Členové týmu jsou ve vztahu ke klientům povinni:***

Chovat se a jednat vůči klientům dospěle a být vzorem.

Udržovat si nesobecký a netrestající profesionální vztah s klienty.

Držet veškeré informace o klientech v přísné důvěrnosti za dodržení pravidel zařízení.

Nedávat klientovi nepravdivé informace, vždy je lepší se vymezit vůči povinnosti odpovědi. Lepší než se uchýlit k výmluvě nebo lži.

Zajistit každému klientovi pravidla a řády a ujistit se, že klient všechna práva a pravidla pochopil.

Pokusit se zabránit sexuálnímu vztahu mezi klienty v komunitě.

Dokázat předat klienta jinému zařízení nebo odborníkovi.

Zdržet se neodborných intervencí (ezoterické techniky, doporučení z pozice terapeuta, týkající se duchovní cesty klienta apod.), zároveň se zdržet i odborných

intervencí, přesahujících rámec vymezený metodickým materiálem komunity (role terapeutů) bez konzultace s týmem, případně odbornou radou.

Klient má právo na rovný přístup k poskytovaným službám (bez ohledu na původ, rasu, vyznání, politické přesvědčení, věk, sexuální orientaci, národnost, předchozí kriminální kariéru či ekonomický status). K nepřijetí klienta z některého výše uvedeného důvodu může dojít pouze ze závažného důvodu a pouze na základě dohody celého týmu.

Je třeba předejít vykořisťování klienta pro osobní prospěch, pokud klient vykonává v rámci rehabilitace práci ve prospěch člena týmu, musí být odpovídajícím způsobem ohodnocena (převodem odpovídající částky jako příspěvku na tento konkrétní účel do pokladny v terapeutické komunitě a následným vyplacením této částky klientovi na DPP)

Soukromé setkávání s absolventem pobytu je možné po uplynutí 6 měsíců od ukončení pobytu.

***Členové týmu jsou ve vztahu ke kolegům povinni:***

Informace si předávat co nejrychleji jakýmkoli způsobem (např. folder v počítači, osobní složka, zápisy klientů, porada při předávání služeb).

Okamžitě po příjezdu na službu se všemi dostupnými způsoby informovat o aktuální situaci klientů, komunity i hospodářství. Terapeut, který způsobí škodu tím, že jednal jménem komunity, aniž se před tím informoval o předchozích činnostech svých kolegů, za tuto škodu ručí.

Závažná rozhodnutí, která se týkají celé komunity (sankce za porušení pravidel, změny v denním režimu, v pravidlech a v postupu při práci s rehabilitačními plány klientů, stejně jako zásahy v krizových situacích) terapeut konzultuje s co největším dostupným počtem členů týmu telefonicky a rozhoduje se na základě rozhodnutí většiny. Pokud se rozhodnutí týká jakkoli duševního stavu klienta, nejedná bez konzultace s psychiatrem komunity.

Zapisovat do zápisu o klientech a konzultovat s celým týmem všechny důležité informace o klientech, vyplynuvší z individuálních pohovorů a na doporučení vedoucího komunity nebo jeho zástupce tyto informace projednat na supervizi.

Nedovolit se klientem zmanipulovat ke slibu zamlčení jakýchkoli informací týmu a psychiatrovi komunity, tj. otevřeně klienta seznámit s tím, že informace zůstávají utajeny mimo komunitu, pro tým a psychiatra ale žádné tajné informace neexistují.

Povinností členů týmu je chránit soukromí svých kolegů, tj. nedávat klientům ani jejich rodinným příslušníkům soukromé kontakty na členy týmu ani jejich blízké.

V případě, že vznikne sexuální nebo partnerský vztah v terapeutickém týmu, jsou oba zúčastnění povinni tento vztah zveřejnit ve své individuální supervizi a tam řešit jeho dopad na tým a klienty. Pokud se toto nestane, má vedoucí komunity právo zveřejnit existenci tohoto vztahu na týmové supervizi a řešit týmovou situaci tam. Vzhledem k typu pracoviště není tento vztah čistě soukromou záležitostí dvou členů týmu a jednomu nebo oběma členům týmu může být doporučeno ukončení pracovního poměru.

***Členové týmu jsou ve vztahu k organizaci povinni:***

Ochraňovat soukromí spolupracovníků a interní informace, týkající se ČAPZ.

Na veřejnosti dobře vystupovat. Nekazit dobré jméno organizace.

Prezentovat pouze ověřené informace týkající se ČAPZ a komunity. Schopně informovat média a spoluobčany o základní myšlenky asociace.

**BLUDY A HALUCINACE**

V roli pozorovatele jsem se často setkávala s bludy a halucinacemi na týmových komunitách. Spoustu klientů mluvilo o svých stavech a pocitech velmi otevřeně. Některé jejich interpretace vjemů či prožitků mě silně zasáhla. Nejčastěji klienti hovořili o „hlasech v hlavě“ tzv. halucinacích kdy nemocný slyší, jak mu někdo v hlavě neodbytně mluví. Obvykle klienti hovořili o více hlasech najednou. Jeden hlas nařizoval, druhý chválil, třetí kritizoval a čtvrtý přikazoval co má klient udělat. Každý klient si přál se těchto hlasů zbavit a byl rád za jakýkoli podnět od terapeutů.

Po pár dnech pobytu v terapeutické komunitě bylo poměrně snadné rozpoznat, kdo má zrovna „hlasy“. Většinou klienti v tomto stavu seděli v rohu a poměrně silně se např. tloukli pěstí do hlavy, aby se hlasů alespoň nějakým způsobem zbavili.

Jako pozorovatel jsem se setkala s tím, že mě klient oslovil a omlouval se mi za to, že na mě převádí svojí negativní energii. Ve finále měl dojem, že nakazil všechny ostatní klienty a často se veřejně omlouval při komunitě. Reakce komunity byly vždy pozitivní. Klient byl ve skupině oblíbený a nikdo neměl dojem, že by je „nakazil“, ba naopak se mu nabízeli

s pomocí. Tento klient si nejvíce ze všeho přál být JÁ a ne žádné JÁ č. 1, č. 2, č. 3 ...atd. Při každé ranní komunitě se svěřil jaké má zrovna hlasy. Po pár dnech se trochu uklidnil, jelikož se k němu vrátil „kamarád“, který si s ním pouze povídal. S tímto hlasem se cítil klient v bezpečí.

Halucinací se rozumí, že někdo neustále mluví ve vaší hlavě, i když jste o samotě, navíc často o vás bez vás a ještě ve třetí osobě. Terapeuti přítomnost hlasů u klientů rozpoznají např. zakrýváním uší, klient je zahleděn, nereaguje. Hlasy mohou být jak ženské, tak mužské. (Motlová, Španiel, 2013)

Mimo halucinací klienti také popisovali svoje bludy. Každý prožíval trochu jiné mylné přesvědčení, ale když o nich na komunitě hovořili, rozuměli si. Nejčastější byly bludy, kdy měli klienti pocit, že o nich někdo hovoří, pomlouvá je. Nebo měli strach, že po nich jdou mimozemšťané či tajné služby a cítili se ohroženi na životě. S tímto měl nejvíce problémy jeden klient. Do komunity ho přihlásila jeho maminka, jelikož před mimozemšťany utíkal tím stylem, že chtěl vyskočit z okna.

Pro bludy je obecně typické, že i přesto, že existují důkazy o nepravdě, nelze je nemocnému vymluvit. Blud vzniká postupně, u schizofrenie nejčastěji začíná vztahovačností. Nemocný má dojem, že se na něj svět zaměřil. Lidé v dopravních prostředcích ho sledují, dívají se na něj, povídají si o něm, je si jist, že mu někdo odposlouchává telefon, značky na ulicích ho varují a stejně tak modrá barva oblečení na chodcích. Klient má pocit, že vše má své vysvětlení, že vše souvisí se vším a nejedná se jen o náhodu. Dojde k přesvědčení, že toto nemůže být náhoda a že on je ten výjimečný, vyvolený a proto je středem zájmu. Je manipulován a ovládán jako loutka. Někdy má klient pocit, že s ním pohybuje někdo jiný nebo se nemůže hýbat vůbec nebo naopak bezcílně běhá. Těžko se tyto bludy klientům vyvracejí, i přesto, že existují důkazy o opaku. (Motlová, Španiel, 2013)

Obrázek 8: Příklady bludů u schizofrenie

<b>Bludy zevní kontroly</b>	Pacient si je jist, že mu někdo na dálku přemístil orgány z dutiny břišní do hrudníku a obráceně, aniž by to zanechalo jizvy. Pacient telepaticky na dálku přemísťuje hudební dílo, jehož adresátem je slavný zpěvák pop-music. „Tajný“ udělali pacientovi 300 mrtvic a 200 infarktů, rušili mu spaní.
<b>Bludy vztahovačnosti</b>	Pacient je přesvědčen, že lidé v metru o něm všechno vědí a povídají si o něm, písničky v rádiu jsou pro něj.
<b>Bludy paranoidně-perzekuční</b>	Pacient se cítí pronásledován a ohrožen sousedem, který na něj působí laserem přes zeď; proti laseru se proto chrání speciální fólií umístěnou na stěně pokoje.
<b>Bludy inventorní</b>	Pacient představuje přístroj sestavený k ničení vln, jimiž mu mimozemšťané na dálku ruší myšlení a spaní.

Zdroj: (Motlová, Španiel, 2013, s. 16)

## **KOGNITIVNÍ PORUCHY**

*„Kognitivní neboli poznávací funkce jsou především paměť, pozornost, schopnost plánovat, řešit konstruktivně problémy, pružně reagovat na změnu.“ (Motlová, Španiel, 2013, s. 21)*

Aby klient obstál v mezilidských vztazích, potřebuje ovládat určité sociální dovednosti (jako jsou konverzace, asertivita, dovednost o něco požádat či odmítnout). Pokud se někdo extrémně stydí natolik, že má strach oslovit druhou osobu, pak raději tráví čas v izolaci a o samotě. Psychóza může tento stud nebo nejistotu v mezilidských vztazích vyvolat, stejně jako může narušit schopnost rozumět ostatním lidem a může zhoršit komunikaci mezi lidmi. Klient potřebuje znovu získat sebedůvěru, kterou se naučí díky Náviku sociálních dovedností. Negativní a kognitivní symptomy zasahují klientovi do života hlavně po propuštění z komunity. V běžném životě se případný kognitivní handicap projeví naplno. Komunita totiž svým způsobem záměrně zajišťuje chráněné a bezpečné nestresující prostředí. (Motlová, Španiel, 2013)

## 5.3 Metody a metodika zkoumání

Stěžejní metodou v komunitě Mýto bylo pozorování.

### ***Přímé pozorování***

Pozorování prováděné výzkumníkem v reálné situaci. Pozorovatel systematicky zaznamená vše, co je vnímáno. Tato metoda lze použít v případě, že je studovaným jevem chování.

### ***Zúčastněné přímé pozorování***

Pozorovatel se stává součástí určité skupiny. Výhodou je přiblížení se ke skupině a díky tomu možnost provést hlubší analýzu. Nevýhodou je obtížný záznam. Vzniká také riziko ovlivnění chování respondentů pozorovatelem. Tato metoda může připadat pozorovateli místy neuchopitelná. ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz))

### **JAK PRACUJE TÝM V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ**

Pravidelně jedekrát do měsíce probíhá týmová supervize, zaměřená na týmovou spolupráci a práci s klientem. Účastní se jí terapeuti komunity a jednou za dva měsíce i psychiatr komunity.

Dále má každý terapeut (včetně sociální pracovnice) kromě toho také individuální supervizi, zaměřenou na práci s klientem.

Tým konzultuje svou práci také s odbornou radou komunity, která se účastní Velké komunity jednou za tři měsíce a o své činnosti a doporučeních dává komunitě písemnou zprávu.

Tým se setkává mimo jiné pravidelně jednou měsíčně na provozních poradách. Před Velkou komunitou (také jednou měsíčně) probíhá intenzivní setkání týmu, zaměřené na práci s klientem a přípravu Velké komunity. Dvakrát do roka probíhá dvou až třídní strategické plánování, jehož se částečně účastní i výkonný ředitel ČAPZ.

Terapeuti pracují v komunitě vždy ve dvojici. Střídají se, po čtyřech dnech následuje cca 6 dní volna. Dvojice nejsou stabilní, je naopak žádoucí, aby se prostřídali všichni se všemi.

Odevzdání informací probíhá na provozních poradách, intenzivních setkáních, při střídání služby. Dále prostřednictvím osobních složek v počítači a tzv. elektronického „vzkazovníku“. Zápisy z provozních porad a Velkých komunit jsou vyvěšeny na nástěnce v kanceláři.

Obrázek 9: Prevence vyhoření

<i>Udržuj práci a osobní život tak odděleně, jak je to možné</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rozvíjej své zájmy a přátelství v mimopracovním prostředí.</li> <li>■ Nezvykni si trávit svůj volný čas v komunitě.</li> <li>■ Ber si pravidelně dovolenou.</li> </ul>
<i>Udržuj jasné hranice s klienty</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nezůstávej s klienty po pracovní době.</li> <li>■ Nevyprávěj klientům historky z vlastního života a nežertuj s nimi tak, jak to děláš s přáteli; klienty to může zmást.</li> <li>■ Neposkytuj klientům speciální individuální léčbu.</li> <li>■ Pokud se účastníš programu 12 kroků, docházej do skupiny pro poradce, nikoliv do skupin, kam chodí klienti.</li> </ul>
<i>Vytvoř si a využívej systém osobní podpory v mimopracovním prostředí</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pěstuj vztahy s přáteli, rodinou, partnerem, místním společenstvím, duchovní obcí apod.</li> <li>■ Nenos si práci domů, může to poškodit tvoje osobní vztahy.</li> <li>■ Vyhledej terapii pro osobní problémy, pokud to potřebuješ, a udržuj ji odděleně od práce.</li> </ul>
<i>Nepracuj v izolaci</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Využívej podpory týmu.</li> <li>■ Diskutuj o svých pocitech a pracovních těžkostech s těmi, kdo pracují v podobné situaci, pomůže ti to snížit stres a zaujmout odstup.</li> </ul>
<i>Nauč se poznat, kdy potřebuješ pomoc, a říkat si o ni</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Buď otevřený ke svým potížím.</li> <li>■ Vydatně využívej supervize.</li> <li>■ Informuj se o programu pro pomoc pracovníkům TK.</li> </ul>

Zdroj: (Kalina, 2008, s. 237)

### **PRÁCE S DOKUMENTACÍ V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ**

- „Denní komunitní zápisy - elektronická podoba, souhrn denních činností a událostí, pro potřeby týmu.
- Zápisy o klientech za službu - dokument v PC, slouží k předávání informací o klientech mezi terapeuty při střídání služeb, přístup k němu má psychiatr komunity a terapeutický tým, je uložen pod heslem.
- Měsíční zprávy o klientech - PC i tištěná podoba, souhrn měsíčního působení klienta v komunitě, přístupný klientovi, týmu a psychiatrovi.
- Závěrečné zprávy o klientech - dokument pro potřeby institucí následné péče a evaluaci, uložen v PC, přístupný psychiatrovi, terapeutickému týmu a v případě zájmu i klientovi.
- Složky klientů - obsahují osobní údaje klientů, tištěné verze měsíčních zpráv a RHP, předávací zprávy lékaře. Dokumenty jsou v tištěné podobě a jsou skladovány pod uzamčením.

- Kazuistiky - anonymní shrnutí práce s klientem, zpracovává klíčový terapeut, využívá se k evaluaci, přikládá se k projektům, uložen v PC, přístupný pro odbornou radu, psychiatra, tým a ředitelku ČAPZ.
- Zápisy z intervize - dokument v PC pro potřeby týmu a psychiatra.
- Zápisy z provozních porad - dokument pro potřeby týmu v PC a v tištěné formě na nástěnce.“ ([www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto](http://www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto))

## **KAZUISTIKA**

Začíná základními identifikačními údaji, které obsahují úplné jméno, datum narození, národnost nebo etnicitu, rodinný stav, počet dětí, současné zaměstnání, adresa a kontakt na nejbližšího příbuzného.

**Anamnéza** je základem pro správné určení diagnózy a slouží k lepšímu pochopení pacientových problémů. Důmyslně vedený rozhovor je základním materiálem ke zjištění přítomné patologie. Rozhovor však zpravidla začínáme otázkou na nynější problémy a důvod, pro který klient navštívil psychiatra.

*Rodinná anamnéza* pátrá po neuropsychiatrických onemocněních v příbuzenstvu, psychiatrické hospitalizaci, popisuje pokusy o sebevraždu, abusus alkoholu nebo jiných návykových látek. Patří sem zároveň i rodinné vztahy, které pacient považuje za důležité.

*Osobní anamnéza* obsahuje životní milníky od narození až po současnost. Zahrnuje dětství a konkrétní prenatalní a perinatální období, včasné dětství do 3 let, útlé dětství od 3-11 let, pozdní dětství a adolescenci. Rovněž obsahuje sexuální, sociální anamnézu (včetně údajů o řidičském průkazu a držení zbrojního pasu), užívání návykových látek, somatická onemocnění a psychiatrickou anamnézu. Dětství zahrnuje prenatalní a perinatální období a týká se období od početí až po narození. Například se pátrá po tom, zda byl pacient chtěné či nechtěné dítě, o prenatalních komplikacích, zda matka nadměrně požívala alkohol, kouřila, co si přáli rodiče, aby byl apod.

Včasné dětství se týká období do 3 let. Řeší se, zda se vyskytovaly problémy s jídlom, spánkem. Kdy se začal klient jako dítě smát, sedět, stát, chodit, s kým trávil nejvíce času, zda si cucal např. prst, okusoval nehty atd.



Útlé dětství zahrnuje období od 3 do 11 let. Ptáme se na to, jak se adaptoval v dětských kolektivech, jak snášel předškolní a školní výchovu, změny v denním režimu, jak trávil dny, s kým trávil nejvíce času, zda nedošlo ke ztrátě oblíbeného člověka a jak se s tím vyrovnával, jak mu to šlo ve škole, jaké předměty si oblíbil, jaké měl základy z chování, zda nebyl šikanován, jak ho trestali rodiče, zda se u něj nevyskytlo balbuties, okusování nehtů, tiky, enuréza, noční děsy, zda je pravák nebo levák.

Pozdní dětství a adolescence představuje období, kdy se ze závislého dítěte stává nezávislý dospělý. Pátráme po výrazných tělesných změnách a jejich vlivu na psychiku dospívajícího. Jak studoval, jaké měl koníčky, jak se cítil mezi vrstevníky, zda se u něj vyskytovaly nějaké problémy s jídlem nebo se spánkem, zda vyzkoušel alkohol nebo drogy a do jaké míry, zda se u něj výrazně změnil zájmy.

*Sexuální anamnéza* navazuje v rozhovoru plynule, nenuceně, pokud pacient nechce odpovědět, nenutíme ho. Jak a kdy se dozvěděl, jak děti přicházejí na svět, zneužíval ho někdo pohlavně, byl znásilněn, jaké měl sexuální zkušenosti během dospívání, je smířen s případnou homosexuální orientací, kdy začal s někým chodit, kdy navázal vážnou známost, jak vypadá jeho současný partnerský život, doprovázejí intimní život nějaké problémy.

*Sociální anamnéza* zjišťuje širší sociální zázemí, jak se klient vyrovnává se zátěžovými situacemi, zda absolvoval základní vojenskou službu, jaké má nejvyšší vzdělání, zda je spokojený ve svém zaměstnání, jak často mění zaměstnání, případně zda je v invalidním důchodu a z jaké indikace, zda má nějaké koníčky, zda se angažuje v politice, ve společenském životě, jaká je jeho bytová situace, zda vychází s financemi, zda se dostal během života do konfliktu se zákonem, zda vlastní řidičský průkaz nebo zbrojní pas.

*Vztah k návykovým látkám* kolik pije alkoholu, zda užívá drogy, zda kouří a co mu konzumace návykových látek přináší, případně zda mu nezpůsobuje problémy v každodenním životě.

*Somatické onemocnění* jaké překonal onemocnění, zda se léčí dlouhodobě na nějaké onemocnění, zda překonal operace, úrazy hlavy, stavy bezvědomí, křečové stavy, porody, potraty, zda má obavy z invalidity nebo ze smrti.

*Psychiatrická anamnéza* cílem je zprůhlednit průběh duševního onemocnění, ujasnit, které terapeutické postupy byly účinné, kdy pacient poprvé vyhledal psychiatra a

proč, jaké měli psychické problémy vývoj v čase, co mu nejvíce pomohlo, pokud byl hospitalizován, kolikrát, kde a s jakou diagnózou, doplníme farmakologickou anamnézu, včetně dávek přípravku, doby jejich užívání a případných nežádoucích účinků.

*Nynější onemocnění* zahrnuje pacientovu osobní výpověď o vývoji, potížích, příznacích od začátku až po současnost. Cílem je propátrat všechny složky psychiky, aby byla vyloučena, nebo naopak zjištěna nejzávažnější psychopatologie, zda ovlivňují současné problémy pacientův život, jak se s nimi vyrovnává, co mu pomáhá, kdo mu je oporou. Přítomný psychický stav hodnotí sestra celkovým pohledem, hodnotí postoj k vyšetření, psychomotorika, řeč, vědomí a orientaci, emoce a afektivní vnímání, myšlení, soustředěnost, intelekt, paměť, náhled a hodnověrnost. (Höschl, 2004)

## 5.5 Závěry z šetření

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na hlubší analýzu pobytového zařízení Terapeutické komunity Mýto, kde jsem byla na stáži. Byla jsem zde z počátku v roli klienta, tudíž jsem měla možnost pozorovat klienty v jejich přirozeném prostředí a sledovat jejich chování nejen při komunitách, ale také v jejich volném čase. Prošla jsem si každou službu, včetně služby zvoníka, zvířetníka, svépomocného kuchaře apod. Klienti každou službu vykonávali poctivě a s radostí. Nejvíce jsem byla fascinována profesionálním přístupem terapeutů při komunitě.

Každý klient dodržoval přesně režim dne a neměl s tím absolutně žádný problém. Pochopila jsem, že se díky pevnému režimu klienti posléze lépe zapojí do reálného života. Nehledě na to, že díky aktivitě někteří dokázali potlačit „hlasy“ a bludy.

Díky této nezapomenutelné zkušenosti jsem si osvojila život v komunitě. Lépe jsem se seznámila s problematikou schizofrenie. Každodenní kontakt s klienty mi dovolil se některým dostat až do jejich nitra a více pochopit jejich stavy. Podařilo se mi udržet si určité hranice, i přesto, že v některých momentech to bylo složitější, než jsem očekávala. Nedošlo k žádnému konfliktu. Nebylo ani zapotřebí kontaktovat terapeuta ve službě. Díky metodám a technikám sociální práce jsem mnohé momenty zvládala samostatně a snadněji. Bohužel nebylo možné vést tak důkladně dokumentaci z terapií, jak jsem očekávala z důvodu narušení komunity,

které jsem se vždy aktivně účastnila. Až ke konci pobytu jsem si vyzkoušela také roli terapeuta a kooterapeuta.

## ZÁVĚR

Schizofrenie je duševním onemocněním, které postihuje a mění chování člověka komplexně. Tak, jak zasáhne osobnost nemocného, tak zasahuje i do života rodiny a příbuzných.

Cílem mé závěrečné práce je seznámit čtenáře s pojmem schizofrenie, s jeho základními charakteristikami a s onemocněním jako takovým. Snažila jsem se přiblížit průběh nemoci, její různé formy a možnosti léčby. V první kapitole jsem se zaměřila na popis sociální služby. Jak funguje klient s duševními poruchami v systému sociálních služeb a jaké jsou kompetence sociálního pracovníka. V následné kapitole jsem se snažila popsat rozdíl mezi individuální, skupinovou a komunitní sociální službou. Ve třetí kapitole jsem věnovala pozornost pojmu schizofrenie, na příčiny vzniku a na možnosti její léčby. Také jsem chtěla poukázat na to, že schizofrenie je onemocněním, které se může objevit nečekaně a zkomplikovat tak dosavadní život jedince.

Další motivací k napsání práce byla skutečnost upozornit na důležitost sociálního pracovníka a terapeuta, který je nezbytnou součástí v procesu znovu začleňování schizofrenních pacientů zpět do života a do společnosti, přičemž jeho pomoc je nezbytná i při práci s pacientovou rodinou.

Snažila jsem se na základě výzkumu v Terapeutické komunitě Mýto vyzorovat a popsat život klientů a můžu konstatovat, že stanovené cíle jsem splnila. Mezi klienty jsem zapadla bez problémů, a díky tomu jsem se mohla věnovat naplno pozorování.

V závěru mohu říci, že schizofrenie je onemocnění, které postihuje nejen člověka, ale významně ovlivňuje celý jeho dosavadní život, včetně jeho rodiny. I v dnešní době představuje jakousi hrozbu pro společnost a je „strašákem“ lidí. Mnoho schizofreniků, kteří toto onemocnění mají a dokáží se začlenit zpět do normálního života, se ke své diagnóze nepřiznávají, protože se bojí odsouzení společností.

Odstraněním těchto stigmat, informováním občanů, zlepšením sociálních a společenských vztahů, projevením opory a pochopením a školením sociálních pracovníků, můžeme schizofrenikům pomoci se rychleji a jednodušeji vrátit ke svému původnímu životu a tím jim pomoci najít ztracenou sebedůvěru, o kterou přicházejí po vyslovení diagnózy - schizofrenie.

V současnosti probíhá mnoho výzkumů, které se zaměřují na dosud neobjasněné oblasti schizofrenie. Tyto výzkumy pomáhají k efektivnější léčbě, zejména k vylepšení antipsychotik a léčby jako takové. Přinášejí různé inovace, zejména v oblasti nežádoucích účinků a rychlosti léčby. Velmi důležité je zachytit onemocnění v jeho počátcích, kdy se dá nejméně ovlivnit jeho budoucí průběh. Rychlé nasazení antipsychotik spolu se psychoterapií pozitivně tlumí příznaky, popřípadě dojde k jejich úplnému vytracení. Ale i přesto schizofrenie není vyléčitelná. Člověk se musí naučit s ní žít celý život.

Navzdory neustálým výzkumům v oblasti schizofrenie není zcela jasná příčina vzniku schizofrenie. Víme, že určité předpoklady jsou dědičné, také jisté životní události, stres, mezilidské vztahy mohou přispět k rozvoji nemoci. Nicméně stále neznáme prvotní impuls vzniku.

Naštěstí se podařilo objasnit určité mýty, např. vznik schizofrenie nepodmiňuje pouze výchova ze strany rodičů. Samozřejmě může být jedním z faktorů, ale ne jediným. Schizofrenie zcela změní život každého pacienta. Tito pacienti se dokáží zařadit do normálního života, dokonce s určitými omezeními mohou pracovat. Nedokáží se zařadit ani do pracovního tempa. Pro ně jsou určeny speciální dílny, kde se mohou s pomocí specialistů věnovat různým činnostem, díky kterým se cítí alespoň trochu potřební pro tento svět.

Do budoucna bych doporučovala pokračovat ve výzkumech léčby a hlavně na nežádoucích účincích antipsychotik. Ideální by bylo zcela omezit tyto účinky, což by mělo pozitivní efekt na fungování schizofreniků v normálním životě.

## **RESUMÉ**

Tato práce byla realizována v pěti oblastech. V teoretickém úvodu jsem se věnovala popisu sociálních služeb, dále zejména diagnostice schizofrenie. Pokusila jsem se přiblížit problematiku tohoto duševního onemocnění. Zaměřila jsem se na analýzu zařízení Terapeutické komunity Mýto, abych tuto komunitu mohla více přiblížit laikům. Výsledkem bylo, že se jedná o problematiku hodnou další pozornosti.

## **SUMMARY**

This thesis has been carried out in five areas. In the theoretical introduction I provide a description of the social services, especially in regards to the diagnosis of schizophrenia. I attempted to draw attention to this mental disorder. I focused on the analysis of the therapeutic community Mýto in order to bring this therapeutic residence closer to a broader public. As a result, this topic deserves further attention.

## POUŽITÁ LITERATURA:

Balogová, Beata. *Som duševne chorý a chcem pracovať*. In Kontakt - odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakult; 2008; 409 s; ISSN 1212-4117.

ČÁMSKÝ, Pavel. SEMBDNERr, Jan. KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd.; Praha: Portál; 2011; ISBN 978-80-262-0027-7.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*, 3. rozšířené vydání, Praha: Maxdorf; 2012; ISBN: 978-80-7345-114-1.

ELL, Daniel. FISCHER-FELTEN, Magret. *Schizofrenie. Základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: F, 1997. ISBN 8096727729.

HŐSCHL, Cyril et al. *Psychiatrie*, 2.vyd; Praha: Tigis; 2004; ISBN: 8090013074.

HŐSCHL, Cyril., LIBIGER, Jan. ŠVESTKA, Jaromír (editori). *Psychiatrie*, 1. vyd.; Praha: Tigis s.r.o.; 2002; ISBN 82-900130-1-5.

HUČÍN, Jakub. *Hovory o psychoterapii: péče o duši současného člověka*, 1. Vyd; Praha: Portál; 2001; ISBN: 80-71785-25-3.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*, 1. Vyd.; Praha: Portál; 2001. ISBN 80-7178-563-6.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě na závislosti*. 1. vyd; Praha: Grada Publishing, a. s.; 2008; ISBN: 978-80-247-2449-2.

KOLIBÁŠ, Eduard. KOŘÍNKOVÁ, Viera. *Schizofrénia a poruchy z jej okruhu*, 1. Vyd; Bratislava: Asklepios; 1998; ISBN: 8071670294.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*, 1. vyd.; Praha: Grada Publishing, a. s.; 2010; ISBN: 978-80-247-2045-6.

LIEBERMAN, Jeffrey. *Textbook of schizophrenia*, American Psychiatric Publishing; Inc.; 2006.; ISBN-10: 1585621919

MAHROVÁ, Gabriela. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a. s.; 2008; ISBN 978-80-247-2138-5.

- MATOUŠE K, Oldřich a kol. *Sociální služby*, 2. vyd., Praha: Portál; 2007; ISBN 978-80-262-0041-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. KODYMOVÁ, Pavla. KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 1. Vyd; Praha: Portál; 2005; ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd., Praha: Portál; 2003; ISBN 978-80-262-0213-4.
- MOTLOVÁ BANKOVSKÁ, Lucie. ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie 21. Století*, 2. vyd; Praha: Mladá fronta, a. s.; 2013; ISBN 978-80-204-2993-3.
- MOTLOVÁ BANKOVSKÁ, Lucie. ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie. Jak předejít relapsu aneb terapie 21. století*. Praha: Mladá fronta, a. s., 2013.
- MPSV ČR. *Standardy kvality sociálních služeb*, 1. Vyd.; Praha: Tigris print; 2008; ISBN 978-83-60236-27-7.
- PĚČ, Ondřej. PROBSTOVÁ, Václava. (eds.). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, 1. vyd., Praha: Tritron; 2009; ISBN 9788073872533.
- PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*, 1. Vyd.; Praha: Medial Tribune CZ; 2005; ISBN 8023954822.
- PRAŠKO, Ján et al. *Psychotická porucha a její léčba*, 1. vyd., *Příručka pro nemocné a jejich rodiny*; Praha 4: Maxdorf s.r.o.; 2001; ISBN: 80-85912-65-1.
- PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*, rok vydání originálu, Praha: Portál; 2003; ISBN: 978-80-7367-558-5.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva a kolektiv. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžkým somatickým postižením*, 1. Vyd.; Praha: Státní pedagogické nakladatelství; 1989; ISBN 80-901773-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, rozšířené a přepracované vydání; Praha: Portál; 2008; ISBN: 8073674149.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, rozšířené a přepracované vydání; Praha: Portál; 2012; ISBN: 9788026202257.



## Seznam internetových zdrojů

MPSV – SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍ SLUŽBY. (Citováno 2.6.2014) Dostupné na:

<http://www.mpsv.cz/cs/9>.

DESET KROKŮ PROCESEM KOMUNITNÍHO PLÁNOVÁNÍ – KROK 4. Metodický sešit 5. ANALÝZA A MAPOVÁNÍ POTŘEB UŽIVATELŮ A PRÁCE S INFORMACEMI V KOMUNITNÍM PLÁNOVÁNÍ. Programový tým projektu EQUAL 0076. (Citováno 10.7.2014). Dostupné na:

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/6816/05\\_metodika.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/6816/05_metodika.pdf)

JAROLÍMEK, Martin. BEZ RODINY NEMAJÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÍ ŠANCI. (Citováno 2.6.2014). Dostupné na: <http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=8237>.

FOKUS LABE. RODINA A SCHIZOFRENIE. (Citováno 2.6.2014). Dostupné na:

<http://www.fokuslabe.cz/dusevni-onemocneni/rodina-a-schizofrenie/>

NADACE ROZVOJE OBČANSKÉ SPOLEČNOSTI. Programy chráněného a podporované bydlení pro dlouhodobě duševně nemocné. (Citováno 4.7.2014). Dostupné na: <http://www.fokus-mb.cz/vnitri/dokum/CHB/CHB.htm>

ŠOPEJSTALOVÁ, Božena. ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHICKÉ ZDRAVÍ. (Citováno 10.6.2014).

Dostupné na: <http://www.capz.cz/schizofrenici-nasli-azyl-v-myte>

MPSV. Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách. (Citováno 20.6.2014). Dostupné na:

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

MPSV. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA MÝTO. (Naposledy citováno 10.7.2014). Dostupné na:

[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/stazeni\\_souboru.do;jsessionid=EFA6DAB1306A881F0D80A54416B86933.node1?736f=53268916547702f2&SUBSESSION\\_ID=1400181095775\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/stazeni_souboru.do;jsessionid=EFA6DAB1306A881F0D80A54416B86933.node1?736f=53268916547702f2&SUBSESSION_ID=1400181095775_1).

## SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Obrázek 1: Schéma systému sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním .....	15
Graf 1: Struktura hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách podle skupin diagnóz, 2003 .....	17
Obrázek 2: Popis schizofrenie .....	27
Obrázek 3: Neurobiologie schizofrenie – možné kauzální souvislosti.....	29
Obrázek 4: Antipsychotika .....	33
Obrázek 5: Mechanismus účinku rodinné psychoedukace .....	35
Obrázek 6: Riziko onemocnění v závislosti na genetické příbuznosti .....	37
Graf 2: Muži a ženy rozdělení mezi chráněné a podporované bydlení v letech 2008-2011 .....	40
Obrázek 7: Principy působení terapeutické komunity .....	47
Obrázek 8: Příklady bludů u schizofrenie.....	61
Obrázek 9: Prevence vyhoření .....	63

## PŘÍLOHY FOTOGRAFIE Z PRAXE

### Fotografie ze stáže v Terapeutické komunitě Mýto

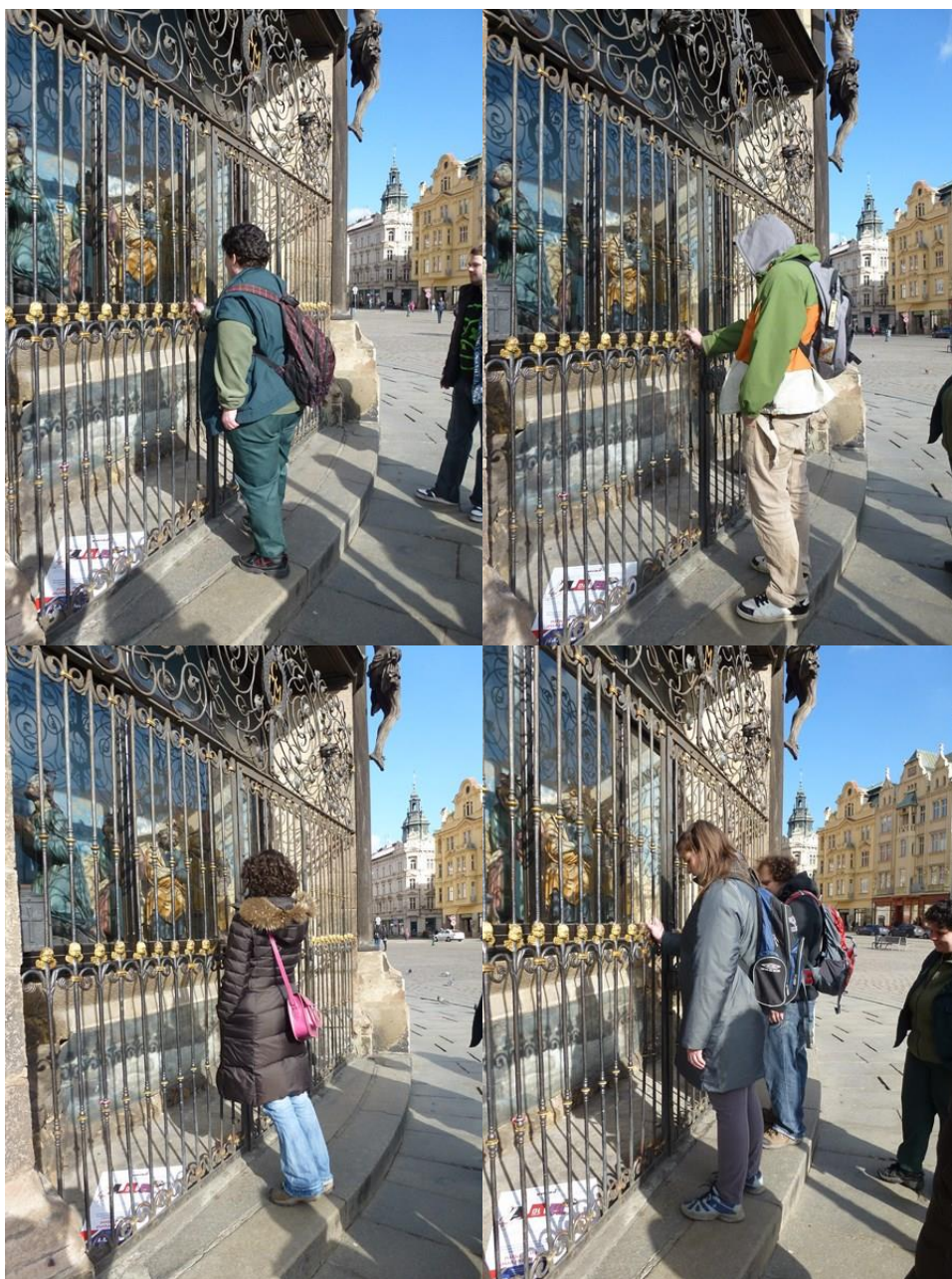
Obrázek č. 1 Komunita na výletě v Plzni



Obrázek č.2 Klient čte historické zajímavosti o Plzni



Obrázek č. 3 Klienti mají svá tajná přání



Obrázek č. 4 Diskuze na téma historická Plzeň



Obrázek č. 5 Odpočinek



Obrázek č. 6 Odpočinek



Obrázek č. 7 Celá sestava klientů z komunity



Obrázek č. 8 Znovu sestava klientů



Obrázek č. 9 Procházka Plzní



Obrázek č. 10 Návrat domů



Obrázek č. 11 Terapeut s klientem na věži





Obrázek č. 12 Terapeutická místnost



Obrázek č. 13 Krásná práce klientů



Obrázek č. 14 Rozpis pro klienty



Obrázek č. 15 Pravidla domu





Obrázek č. 18 Stávající a bývalý klienti



Obrázek č. 19 Společenská místnost



Obrázek č 20 Výzdoba na schodech



Obrázek č. 21 GONG



Obrázek č. 22 SCHODY



Obrázek č. 23 Nástěnka pro návštěvy komunity



Obrázek č. 24 Chodba a pokoj klientky



Obrázek č. 25 Loučení

