

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A
PEDAGOGICKÁ

Katedra: Sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

**Studijní obor
(kombinace):** Penitenciární péče

**SPECIFIKA PÉČE O KLIENTA SE
SCHIZOFRENNÍ PORUCHOU
SPECIFITIES OF CARE OF CLIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA DISORDER**

Bakalářská práce: RR-FP-KAT-08- FP-KSS-4016

Autor:

Johana KRONESOVÁ

Podpis:

Adresa:

Masarykova 2460/47

415 01 Teplice

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
50	61	0	1	21	2

V Liberci dne:

Prohlášení o původnosti práce

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu.

V Teplicích dne:

Johana Kronesová

.....

Prohlášení o využití výsledků Bakalářské práce

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60- školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Autor: Johana Kronesová

.....

Adresa:

Masarykova 2460/47
417 01 Teplice v Čechách

Datum:

Poděkování

Za metodickou pomoc a odborné vedení při tvorbě bakalářské práce bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Jitce Pejřimovské.

Rovněž bych chtěla vyjádřit poděkování paní Mgr. Ivaně Fujanové ředitelce Fokusu - střediska pro duševně nemocné v Teplicích za cenné rady a poskytnutí studijních materiálů.

Název Bakalářské práce: Specifika péče o klienta se schizofrenní poruchou

Specifika péče o klienta se schizofrenní poruchou

Název Bakalářské práce v anglickém jazyce:

Specificities of care of clients with schizophrenia disorder

Název Bakalářské práce v německém jazyce:

Die Spezifikation der Pflege um einen Klient mit schizofrenischer Störung

Jméno a příjmení autora: Johana Kronesová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: Rok 2008-2009

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jitka Pejřimovská

Specifika péče o klienta se schizofrenní poruchou

Resumé

Základní myšlenkou bakalářské práce je problematika duševně nemocných lidí s diagnózou schizofrenie. Zaměřena je na potřeby takto nemocných lidí. Na možnosti uspokojování specifických potřeb schizofrenních pacientů. Na význam psychoterapie, rodinné terapie, psychoedukačních programů a psychosociální rehabilitace orientované na sociální začlenění duševně nemocných klientů. Teoretická část bakalářské práce podává stručný přehled vývoje tohoto onemocnění, možností léčby od historie po současnost. Dále se práce zaměřuje na typy, příčiny a projevy tohoto onemocnění.

V praktické části bakalářské práce je vyhodnocen průzkum pomocí metody dotazníkového šetření, který zmapoval aktuální situaci schizofrenních klientů v oblasti vzdělání, zaměstnání a bydlení. Prioritou bylo získat reálnou představu o tom, jaké možnosti nabízejí klientům nezisková centra v Teplicích a v Ústí nad Labem. A jak tyto nabídky reflektují na potřeby klientů. Průzkum je prováděn ve spolupráci s Fokusem, o.s., v Teplicích a Ústí nad Labem. Je to organizace, která poskytuje služby duševně nemocným lidem.

Klíčová slova:

duševní nemoc, schizofrenie, schizofrenie z hlediska historického pojetí, halucinace, blud, potřeba, zranitelnost, pozitivní a negativní příznaky, relaps, symptom, kvalita života, péče, rodina, rehabilitace, rodinná terapie, psychoterapie, nezisková organizace

Specificities of care of clients with schizophrenia disorder

Summary

In my bachelor thesis I dealt with the issue of mentally ill people diagnose as schizophrenics. I focused on the needs of these people, particularly on different possibilities how to meet special needs and demands of schizophrenic patients. I studied importance of psychotherapy, family therapy, psychoeducative programmes and psycho-social rehab aimed and social integration of these mentally handicapped clients. In the theoretical part of my thesis I bring a brief summary of development of this disease and of ways of treatment from the past to present days. Moreover I describe types, causes and symptoms of this disease.

In the practical part of the thesis I assessed my inquiries implemented by questionnaire Method which mapped current situation of clients with schizophrenia in the area of education, profession and living-accommodation. My objective was to find out what possibilities are offered by non-profit centre in the towns of Teplice and Ústí nad Labem and how these offers reflex clients' needs. In my survey I cooperated with Fokus, c.a. in Teplice and in Ústí nad Labem. This is the organization which provides services to mentally handicapped people.

Key words:

mental disease, schizophrenia, schizophrenia in the perspective of historical approach, hallucinations, fallacy, need, vulnerability, positive and negative symptoms, relapse symptom, quality of life, care, family, rehab, family therapy, psychotherapy, non-profit organization

Die Spezifikation der Pflege um einen Klient mit schizofrenischer Störung

Resümee

Die Grundidee meiner Bakkalaureusarbeit ist die Problematik der geisteskranken Menschen mit der Diagnose Schizophrenie. Ich habe mich auf die Bedürfnisse dieser kranken Menschen konzentriert.

Auf die Möglichkeiten der Befriedigung der spezifischen Bedürfnisse von Schizophreniepatienten. Auf den Sinn der Psychotherapie, Familientherapie, psychoedukativen Programme und psychosozialen Rehabilitation die auf die soziale Einschaltung der geisteskranken Menschen orientiert ist. Der theoretische Teil meiner Bakkalaureusarbeit gibt einen kurzen Blick auf die Entwicklung dieser Krankheit, die Möglichkeiten der Therapie von Historie bis in die Gegenwart. Weiter konzentriert sich die Arbeit auf die Typen, Ursachen und die Äusserungen dieser Krankheit.

In dem praktischen Teil der Bakkalaureusarbeit habe ich die Untersuchung mit Hilfe der Fragenmethode ausgewertet, wo sich die aktuelle Situation in dem Bereich der Bildung, Arbeit und Wohnen gezeigt hat. Die Priorität war es, eine reale Situation über das zu bekommen, welche Möglichkeiten den Klienten die Non Profit Zentren in Teplice und Usti nad Labem anbieten. Und wie dieses Angebot auf die Bedürfnisse der Klienten reflektiert. Die Untersuchung habe ich mit der Zusammenarbeit des Focus in Teplice und Usti nad Labem gemacht. Es ist eine Organisation die Dienste der geisteskranken Menschen leistet.

Die Schlusswörter:

Geisteskrankheit, Schizophrenie von dem Gesichtspunkt der historischen Auffassung, Halluzination, Wahn, Bedürfnis, Verletzlichkeit, positive und negative Symptome, Relaps, Symptom, Lebensqualität, Betreuung, Familie, Rehabilitation, Familientherapie, Psychotherapie, Non Profit Organisation

Obsah

<u>FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ.....</u>	<u>1</u>
<u>1.Úvod.....</u>	<u>8</u>
<u>2.Teoretické zpracování problému.....</u>	<u>10</u>
<u>3.Shrnutí teoretické části.....</u>	<u>37</u>
<u>4.Praktická část.....</u>	<u>39</u>
<u>5.Grafické zpracování.....</u>	<u>42</u>
<u>6. Výsledky průzkumu souhrnně.....</u>	<u>54</u>
<u>7.Shrnutí, diskuse a navrhovaná opatření.....</u>	<u>55</u>
<u>8.Závěr.....</u>	<u>58</u>
<u>9.Literatura.....</u>	<u>59</u>
<u>10.Seznam příloh.....</u>	<u>61</u>

Seznam používaných zkratk:

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

např. – například

popř. – popřípadě

tj. – to je

1. Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou dlouhodobě duševně nemocných osob s diagnózou z okruhu psychóz. Toto téma jsem si vybrala proto, že se setkávám s neporozuměním a s předsudky ostatních vůči duševně nemocným. Ve své práci se zaměřím na péči o duševně nemocné v minulosti a současnosti. Je zajímavé pozorovat postoje lidí k duševně nemocným v čase. Duševně nemocným lidem lze pomoci. Je možné odstranit předsudky vůči nim. Napomáhá tomu informovanost laické veřejnosti například prezentací prací a dovedností duševně nemocných lidí. Předsudky vůči duševně nemocným mohou přispívat k následné diskriminaci jedinců ve společnosti. Lidé s duševním onemocněním jsou lidskému společenství užiteční, oni jsou varováním, signálem, že něco v naší uznané společnosti způsobu života naší civilizace není v pořádku, varují nás před cestou do slepé uličky. Naše současná společnost spěchá za svými cíly, které jsou především materiálního rázu. Odvykli jsme si brát ohled na naši tělesnou schránku i její obsah.

Mezi psychózy patří řada duševních nemocí, jejichž průběh, příznaky a příčiny vzniku jsou velmi odlišné. Každá duševní nemoc navíc u každého jedince probíhá jinak, stejně tak, jak je každý člověk sám o sobě individualitou, tak je i průběh jeho nemoci velmi individuální. Přesto lze u takovýchto onemocnění vyzorovat stejné či podobné momenty a zákonitosti. Díky tomu mohou odborníci určit pravděpodobné faktory působící na vznik duševních onemocnění. Příčiny vzniku těchto onemocnění nejsou zcela dostatečně objasněny a z tohoto důvodu také zatím neexistuje léčba, která by duševně nemocného zcela zbavila potíží. Přesto se tyto nemoci dají léčit.

Základními prvky léčby jsou farmakologie a psychoterapie. Záměrně píši tyto dva pojmy rovnocenně vedle sebe. První oblast farmakologie ve své práci nastíním, protože v posledních letech se v této oblasti změnilo poměrně dost. Díky pokrokům v oblasti neurověd a dostupnosti nových psychofarmak je řada nemocných i se závažným psychickým onemocněním schopna vést smysluplný život mimo zdi psychiatrických zařízení. Někteří psychiatři zastávají názor, že duševní nemoc se dá

vyléčit především farmakologií. Ti druzí kladou velký důraz i na psychoterapii. Ve své práci bych ráda představila význam a možnosti psychoterapeutické léčby. Psychoterapií zvyšujeme kvalitu klientova života a pokud jde o jeho zdravotní stav, působíme psychologickými prostředky ve směru prevence, léčby a rehabilitace poruch zdraví. Specifické potřeby jedinců s duševním onemocněním jsou rozmanité a v mnoha případech je těžké pro odborníky určit druh léčby, která by pacientovi vyhovovala. Vždyť každý člověk s duševní nemocí je ovlivněn i svou rodinou, zázemím, vztahy, atd. Předpokládá se, že duševní nemoc vzniká u jedince, který má k tomuto vrozenou dispozici, zranitelnost, která se rozvíjí vlivy psychickými a vlivy sociálního prostředí. Někteří odborníci tvrdí, že duševní nemoc vzniká tím, že původní rodina potlačila svobodný rozvoj osobnosti nemocného. Jiní tvrdí, že vnímavější, zranitelný jedinec nesprávným způsobem zpracovává podněty z okolí, nebo je přehlacen nesprávnými vlivy, například neadekvátní kritikou nebo ambivalentními citovými postoji blízkých lidí.

Problematikou duševně nemocných lidí jsem se začala zabývat během studia na této fakultě. Můj zájem o toto téma a také moje zkušenosti z okruhu této problematiky se rozšířily v období, kdy jsem začala vykonávat odbornou praxi a posléze dobrovolnickou činnost v občanském sdružení Fokus. Fokus je neziskovou organizací, která poskytuje sociální služby duševně nemocným lidem z Teplíc a přilehlého okolí. Aktivity tohoto sdružení se zaměřují na dospělé duševně nemocné občany, jejichž onemocnění spadá do okruhu psychóz.

Tématem mé bakalářské práce jsou specifické potřeby takto nemocných osob. Během své práce s touto klientelou jsem si uvědomila, že duševní onemocnění, i když není zrovna v akutní fázi, obrovskou měrou ovlivňuje běžný život nemocného člověka a také jeho rodiny. Takto postižení lidé jsou daleko citlivější a zranitelnější, než lidé zdraví. Díky své nemoci jsou nedůvěřiví ke svému okolí, ale zároveň mají potřebu sociálního kontaktu. Životní spokojenost pacientů je zásadním způsobem ovlivněna psychosociálními faktory a rodinným prostředím. Zatímco somatická medicína se kvalitou života pacientů zabývá od konce 40. let 20. století o kvalitu života pacientů léčených na psychiatrii se vědci začali zajímat s mnohaletým zpožděním. Specifickým potřebám pacientů se schizofrenií se od začátku 80. let systematicky věnoval Lehman (1983). Lehman upozornil na to, že pacienti jsou zasaženi především sociálními problémy, jako je společenská stigmatizace, mezilidské vztahy a omezené finanční prostředky. Na druhé straně jejich spokojenost s prožíváním volného času a pracovními aktivitami není nižší než u zdravé populace. Tato zjištění sloužila v 80. letech jako silný argument pro opětovné zapojení dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do života a vedla k rozvoji komunitní péče.

Domnívám se, že znalost odlišných a specifických potřeb duševně nemocných je velmi důležitá právě při konkrétní práci s těmito klienty. Víím, že pokud respektujeme člověka jako individuum, musíme také o jeho potřebách uvažovat jako o jedinečné záležitosti a to, ať se jedná o člověka zdravého nebo nemocného. V poslední teoretické části se pokusím nastínit možnosti psychoterapeutické léčby, rodinné terapie a psychoedukačních programů.

Materiál a informace potřebné k napsání bakalářské práce jsem získala z odborné literatury a odborných publikací o duševním onemocnění, z odborných přednášek a seminářů během studia na této fakultě, z konzultací s odborníky se kterými jsem téma schizofrenie diskutovala a v neposlední řadě z vlastních zkušeností s klienty občanského sdružení Fokus v Teplicích. Sdružení Fokus a jeho klienti jsou také náplní mé praktické průzkumné části této bakalářské práce. Hlavním cílem této práce je zjistit, do jaké míry je možný návrat klienta se schizofrenní poruchou do běžného života. Jaké jsou jeho potřeby. Jaký má v tomto procesu vliv psychoterapie a strategie zaměřené na sociální začlenění klienta, na návrat klienta do běžného samostatného života.

2. Teoretické zpracování problému

2.1. Historický vývoj názorů na duševní choroby a jejich léčení

Duševní onemocnění pravděpodobně existovalo vždy a lze předpokládat, že jeho příznaky vyvolávaly ve společnosti velmi bouřlivé reakce. „První zmínka o něm byla nalezena na 3400 let starém fragmentu z Ajuverdy, popisujícím bizarní projevy, které by mohly být považovány za příznaky schizofrenie – „stav, který je způsoben ďáblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu“ (Smolík, 1996, s. 147).¹

V mythologickém dávnověku byla choroba duševní pokládána za trest boží, a proto mohla být léčena jen božským zásahem. Léčebné zákroky spočívali zásadně ve vzývání božstva, v modlitbách. Uzdravení z duševní choroby bylo pokládáno za milostivý dar bohů. Antická mythologie zanechala první přesnější záznamy o duševní nemoci zvané lykantropie, což byla posedlost zlými duchy a démony. Ve starověku začíná etapa vědecky chápaného výkladu duševních chorob a to hlavně díky Hippokratovi (460-370 př. n. l.). On jako první se odpoutal od naivního výkladu chápání duševní choroby jako hněvu božího. Zdroj šílenství určil v mozku. Hippokrates vysvětloval duševní choroby svou teorií o čtyřech základních šťávách tělesných. Krev, hlen, žlutá žluč rovná se produktu jater, černá žluč rovná se produktu sleziny. Jestliže došlo k poruše vzájemného míšení a odtoku těchto šťáv z těla, na tom místě, kde se některá z nich nahromadila, došlo ke vzniku tělesného onemocnění. Zaplavila-li některá z nich mozek, vznikla choroba duševní. Hippokrates vycházel ze své humorální teorie také při léčbě duševních chorob a doporučoval podávat projímadla, dávidla, pouštění žilou aj. Tímto měl být zprostředkovan odtok a vyplavení nadměrného množství těchto šťáv z těla ven. „Od Hippokrata pocházejí také některé termíny, které jsou používány dodnes jako jsou například paranoia (označení pro všechny duševní nemoci), melancholia (mírný stupeň šílenství bez ničivých tendencí způsobený nahromaděním černé žluče

¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Portál. 2004. s. 147.

v mozku), mania (prudké šílenství s útočnými tendencemi, způsobené zaplavením mozku krví), paraphrenitis (přechodné šílenství, doprovázející například horečky) Hippokrates představuje pilíř starověké nauky o chorobách duševních a řecký medicínský klasicismus ovlivňoval dále po staletí nejen římské lékařství, zabývající se chorobami duševními (Soranus, Galenus), nýbrž později i klasické lékařství arabské (Rhases, Avicenna), které vesměs dále jen rozvíjelo základní hippokratovské these v psychiatrii. “²

Středověk představuje nejtemnější období pro chápání podstaty duševních chorob a jejich léčení. Choroby duševní se vysvětlovaly tzv. démonomanií. Démonomanie znamenala posedlost zlým démonem, ďáblem nebo satanem a podle toho se s duševně nemocnými lidmi také zacházelo. Duchovní moc se snažila vymýtit satana z těla duševně chorých slavnostními obřady, náboženským ceremoniálem, zařikáváním a modlitbami. Když se výsledek nedostavil, pak byli duševně nemocní lidé vrháni do žalářů a podzemních kobek a odsuzováni k hrdelním trestům s plnou trestní odpovědností za činy a výroky, kterých se dopustili pod vlivem duševní nemoci. Mocenské postavení církve mohlo být otřeseno výroky a činy duševně chorých lidí a proto byli tito nemocní postaveni mimo rámec tehdejší medicíny, nebyli pokládáni za nemocné, a proto nebyli léčení. Existence duševně chorých byla pouze dokladem víry v existenci padlých andělů a satanů, kteří se vtělili a posedli tělo těchto ubohých lidí. Církev tuto tezi použila jako oficiální nauku o vzniku duševních nemocí.

V období renesance v 15-16. století se však přihlásil ke slovu zdravý lidský rozum a renesanční kultura a včetně lékařství zahájila bitvu o boj s církevně dogmatickými názory. V přírodovědě měl značný vliv na podstatu duševních chorob kritický postoj k církevnímu dogmatismu. Poznání vědecké pravdy v medicíně se uskutečňovalo na základě racionalismu, empirismu a experimentálního zkoumání přírodních jevů. Renesance je obdobím nesporného pokroku ve výkladu podstaty duševních chorob.

V 17-18. století se vládnoucí církevní a feudální třídy rozhodly neakceptovat pokrokové myšlení a renesanční svobodu vlastních názorů a přichází zase období vědecké tmy a protirenesanční postoj. Pěstuje se hlavně mystika, astrologie a bezduchý dogmatismus i v medicíně. Choroby duševní se opět vysvětlovaly jako posedlost satanem. Duševně nemocní lidé nebyli přiváděni k lékařům, nýbrž ke knězi. Léčebné praktiky spočívaly v modlitbách a ceremoniích, při kterých byl vyháněn zlý duch z těla duševně nemocného člověka, přičemž terapeutickými prostředky se stávaly například:

- připoutávání na rotační přístroje
- nasazování železné masky na hlavu, znemožňující pohyb čelistmi a ústy
- pálení kůže rozžhaveným železem
- nasazování mravenců do šatů
- ponořování do vody až k poloutopení

² FERDINANDOVÍČ, Asmus Valentin. *Antická filozofie*. 1. vyd. Praha. 1986. s. 63

Tato diagnostická a terapeutická tma v psychiatrii trvala až do období velké Francouzské revoluce. Ta zasáhla velmi radikálně i do nauky o nemocích duševních a vyvolala reformu psychiatrie po celém světě.

Velikou zásluhu v reformování psychiatrie měl Filip Pinel (1745-1826), který zbavil duševně nemocné lidi řetězů a blázince, proměnil v nemocniční ústavy a proklamoval pro duševně nemocné všechny hygienické zásady a lékařské opatření, jakých až dosud užívali jen tělesně nemocní. Léčení duševních chorob probíhalo téměř vždy v souvislosti s historickým vývojem současných znalostí o lidské psychice.

2.2. Historický vývoj léčby duševních nemocí

Opravdu moderní a vědecky podložená terapie duševních chorob začala až v 19. století. Postupem času se vystřídaly různé léčebné způsoby. Prvním z nich byla léčba prací. Terapie prací trvala až do poloviny 19. století. Duševně nemocným lidem bylo systematicky naplánováno určité zaměstnání. Lidé pracovali například v zahradnictví, včelařství, obuvnictví, zhotovovali herbáře, paličkovali krajky atd. Základním požadavkem bylo, aby práce byla, co nejrozmanitější a nejvšestrannější. „Princip této léčby spočíval v tom, dát nemocnému nejen práci tělesnou, nýbrž i duševní, aby se mohl odpoutat od svých utkvělých myšlenek a bludů, aby opět získal zájem o reálnou skutečnost, a aby mu byla dána možnost pocítit radost a uspokojení z vykonané práce a z osobní samostatnosti a nezávislosti. Zaměstnávání duševně nemocných lidí mělo vždy příznivý vliv na jejich zdravotní stav“³. Ukázalo se, že práce sama dovede mnohé nemocné značně uklidnit. S léčbou prací souvisí i ostatní druhy léčby zaměstnáním například rekreační léčba, gymnastika, ranní rozcvičky, vycházky, hudba, četba vybraných knih, kreslení, malování, besedy aj. Všechny tyto činnosti mají společný cíl, a to zařadit nemocného do kolektivu, vytrhnout ho z jeho chorobného duševního stavu, vzbudit v něm zájem o společenské dění a o práci. V této době vznikaly hojně ústavy pro choromyslné, při nichž byly rovnou vybudovány dílny pro jednotlivá odvětví rukodělné práce. Léčba prací není ani dnes zanedbávána, v některých psychiatrických léčebnách je tato pracovní terapie udržována dodnes.

V druhé polovině 19. století se začala v léčení duševních nemocí systematicky rozvíjet léčba farmakologická. Duševně nemocným pacientům se podávají uspávací a uklidňující léky. Předpokladem je, že tyto léky ovlivňují činnost mozkových buněk a mají vliv na biologické a jiné pochody odehrávající se v celém organismu. Léčba farmakologická se taktéž používá dodnes, i když samozřejmě dnes je již mnohem propracovanější.

Počátek 20. století je ve znamení aktivně biologického ovlivňování nemocí duševních. Nemá smysl čekat mnohdy zcela pasivně na příchod spontánního zlepšení

³ VENCOVSKÝ Eugen, DOBIÁŠ Jan. *Psychiatrie, učebnice pro lékařské fakulty*.

duševní nemoci, nýbrž je výhodnější aktivně zasáhnout umělým vyvoláním horečky. Myšlenka použití horeček při léčbě duševních nemocí pochází již z dob Hippokratových. Na rozhraní 18-19. století ji doporučuje například F. Pinel při léčbě duševních nemocí. Tuto léčbu zavedl v roce 1917 do psychiatrie vídeňský psychiatr Wagner von Jauregg. Tato léčba se rozšířila do celého světa a je obecně uznávána jako nejcennější léčebný zákrok v terapii této duševní nemoci. Princip této léčby spočívá v tom, že se povzbudí obranné schopnosti organismu a zvýší se tvorba protilátek v těle.

Léta 1915-1920 jsou obdobím, kdy se duševní nemoci začaly léčit tzv. trvalým spánkem. Objevitelem této léčby byl švýcarský psychiatr Klaus. Vycházel z předpokladu, že uklidňující léky působí přímo na buňky centrálního nervového systému. Tuto metodu zavedl v roce 1920 do psychiatrické léčby a léčil tak převážně schizofreniky. Během spánků dochází k regulaci biochemických dějů v těle. Nemocný po několikadenním spánku ztratí, anebo se podstatně zmírní dřívější chorobné příznaky. I. P. Pavlov ukázal, že spánkem se dosáhne odpočinku mozkových buněk a ty zpětně nabudou svých původních schopností. Pavlov navrhl použít léčebného spánku při těch formách schizofrenie, které se projevují ochranným útlumem. Normálnímu spánku je nejbližší tzv. elektrický spánek.

Další etapou v léčení duševních nemocí byla léčba dietní a hormonální. Ani tato léčba neměla dlouhého trvání, protože její praktické výsledky nebyly téměř žádné. Léčba čistě hormonální taktéž neměla dlouhého trvání. Tato léčba chtěla nahrazovat jednotlivé hormony v těle. Předpokládalo se, že některé duševní nemoci jsou způsobeny vynecháváním činnosti některé žlázy s vnitřní sekrecí. Chybějící hormon se měl nahradit léky. Brzy se léčbou přestalo, protože se ukázalo, že poruchy žláz s vnitřní sekrecí nemají přímý a příčinný vztah ke vzniku duševních nemocí. Hormonální léčba se užívá v léčení některých psychotických stavů, ale nikdy ne samostatně, ale společně ještě s jinými léčebnými způsoby.

Revolucí byl rok 1930, kdy se v léčbě duševních nemocí zavedla léčba konvulsivní (křečová). První metodou křečové léčby byla léčba insulinová, při které se vyvolávaly insulinové šoky. To znamená stavy bezvědomí následkem poklesu hladiny krevního cukru. Inzulín je hormon, který působí na snížení hladiny krevního cukru. Za autora této léčebné metody je uváděn Manfred Sakel, který svou práci o nové léčebné metodě schizofrenie uvedl v roce 1935 do psychiatrické praxe. Při insulinové šokové léčbě se dávky inzulínu den ode dne zvyšují, až se dosáhne hlubší poruchy vědomí, (insulinové koma). Nemocný se ponechává ve stavu nejprve krátce, potom se tento stav postupně prodlužuje až do jedné hodiny. Při klasickém postupu se doporučuje průměrně 50-60 komat u jednoho nemocného. Komatonozní stav se přerušuje tak, že nemocného nakrmíme pomocí nosní sondy čajem, oslazeným cukrem. Po několika minutách se nemocný probudí a na prožitý stav si nepamatuje. Léčba insulinovými komaty se indikovala u nemocných schizofrenií. Někdy se tato léčba kombinovala ještě s léčbou elektrošokovou.

Další, již zmíněnou, metodou jsou šoky elektrické a tzv. elektronarkosa. První použití elektrického proudu je připisováno Italům U. Cerlettimu a L. Binimu, kteří v dubnu 1938 tento druh šoku použili. Cerletti referoval v témž roku o tom, že u člověka je možno střídavým elektrickým proudem o napětí 125-135V působícím 0,2-0,5 vteřin vyvolat záchvat bezvědomí se svalovými křečemi. Elektrický šok se provádí tak, že ze zvláštního přístroje se zavádí nemocnému elektrodami přiloženými na spáncích střídavý elektrický proud o napětí 60-120V. Průchod elektrického proudu mozkem způsobí okamžitou ztrátu vědomí se svalovými křečemi. Potom u nemocného následuje spánek. Elektrické šoky se dostávaly průměrně 2-3krát týdně či obden. Celkový počet býval průměrně 20 elektrošoků. Zřídka se objevují při této léčbě některé komplikace, jako například vykloubení čelisti nebo zlomeniny některých kostí. Pro větší bezpečnost nemocného se nyní na většině psychiatrických pracovišť provádějí elektrošoky ve svalovém uvolnění. Elektrošoková léčba se používala u řady duševních chorob, ale nejlepší výsledky měla a má stále u depresivních nemocných. Léčba elektrošoky a léčba insulinová se zachovala dodnes. Je rozšířena po celém světě a představuje zatím stále osvědčenou metodu léčení duševních nemocí. Tato metoda nepředstavuje téměř žádné riziko a výsledky dosažené těmito léčebnými šoky jsou mnohdy překvapující a docílí se jich brzo.

Meziválečnou metodou v letech 1942-1945 se stala chirurgická léčba. Šlo o metodu, při které dochází ke vzniku jizvy v mozkovou tkáň, takže jde o metodu velmi radikální a nešetrnou. U některých forem duševní nemoci, hlavně afektivní psychózy, měla však přeci jen ojediněle příznivé léčebné výsledky.

Veliký přínos přinesla léčba psychofarmakologická. Již od začátku lidských dějin jsou známy snahy po ovlivnění duševního života pomocí léků. Moderní psychofarmakologie se datuje kolem roku 1952, kdy byly zjištěny příznivé účinky chlorpromazinu a reserpinu na duševní choroby. Od té doby rok od roku roste počet látek s podobným účinkem. Jejich význam ve zdravotnictví je srovnáván s významem zavedení antibiotik. Duševně nemocný díky těmto lékům není již odkázán na lůžková psychiatrická zařízení. Pesimistický postoj k léčbě duševně nemocných se změnil. Tyto léky otevírají cestu k lepšímu využití jiných léčebných metod, jako je psychoterapie, rehabilitace, léčba prací a podobně. Tyto léky se dělí dle jejich hlavního žádoucího účinku:

- skupina-léky působící na úroveň bdění, sem patří hlavně léky na spaní, barbituráty. Dále sem patří léky povzbuzující jako je například kofein, Centedrin aj.
- skupina-léky s vlivem na náladu a citové projevy (vliv na afektivitu) Můžeme tuto skupinu ještě rozdělit na protidepresivní léky a energizéry a léky odstraňující chorobnou úzkost, strach a napětí. V této skupině nalezneme i vhodné medikamenty na nespavost, podrážděnost, mrzutost, bolesti hlavy a jiné další potíže
- skupina-léky ovlivňující projevy duševních chorob, duševní integraci a duševní jednotu. Sem patří hlavně neuroleptika, která jsou nejdůležitější skupinou mezi psychofarmaky vůbec. Od jejich objevu se datuje nové období v psychiatrii. Tyto léky potlačují projevy duševních nemocí, jako je neklid,

panická reakce, zmatenost, halucinace a bludy. Do této skupiny patří i skupina halucinogenů, což jsou látky, které vyvolávají přechodnou duševní poruchu trvající několik hodin, projevující se halucinacemi, poruchami myšlení, změnami nálad. Patří sem i LSD a Psylocybin

Zavedení léčiv do psychiatrické terapie představuje největší pokrok v léčbě duševních nemocí.

Neuroleptika hrají důležitou roli při navázání kontaktu. Mohou snížit napětí a pomoci pacientovi vidět i jeho stabilizující schopnosti. Mohou mu také dovolit, aby méně vnímal svou úzkost, nemusel se jí tolik bránit, a proto nemusel dále rozvíjet blud. Nemocný se tedy může svobodněji setkávat s druhými a začít se sám podílet na terapii. Při farmakologické léčbě přicházejí dnes v úvahu vlastně jen neuroleptika. Schizofrenního jednání se dotýká nejhlubších lidských úzkostí, úzkosti z nebezpečí, z rozpadu vztahu, ze ztráty kontroly reality, ze ztráty hranic a všech souvisejících úzkostných fantazií. Léky mají podávány tak, aby se lidé na místě uklidnili a uvolnili od úzkostí.

Dlouhodobá farmakologická léčba může mít ten efekt, že se pacienti tak snadno nezhroutí, i když se setkávají s požadavky všedního den, ať už je to v rodině nebo v práci. „Přesunují těžiště terapie na ambulanci, což pro ně znamená vzdálit se nemocnici a osvobodit se od závislosti. Tím se setkání se schizofrenním pacientem přibližuje vztahům v běžné společnosti, v lidské komunitě, a lépe umožňuje psychoterapeutickou a socioterapeutickou práci.“⁴

Léčba prvních epizod má svá specifika ve srovnání s opakovanými epizodami. Při akutní léčbě pozorujeme vysokou odpověď na léčbu (až u 90% léčených). Antipsychotika zlepšují pozitivní i negativní příznaky. Období po odeznění první psychotické epizody je charakterizované vysokou neochotou ke spolupráci. Nejnovější studie ukazují, že do pěti let po první psychotické epizodě dojde u většiny nemocných k relapsu.

2.3. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)

Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí, z nichž vyplývají psychické projevy.

E. Bleuera (1911) použil termín: rozštěpení osobnosti. Termín schizofrenie má vystihovat skutečnost, že u nemocných dochází k rozštěpu, rozpolcení osobnosti a dezintegrace jednotlivých psychických funkcí. Tedy výskyt protikladných duševních pocitů, myšlenek a postojů, které duševně nemocnému znemožňují normální život. Rozštěpení osobnosti je pojem pro celou skupinu psychóz typických ztrátou smyslu

⁴ DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské: Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Grada. 1999. s. 64

pro reálný svět. Ponoření se do vlastních fantazií, halucinací, popřípadě bludů, které jsou pro jiné lidi nesrozumitelné. Obraz choroby je velmi rozdílný, neexistují dva stejní pacienti. Také kultura má vliv na obraz nemoci např. v USA se nemocní vydávají za sportovní nebo filmové hvězdy. V České republice za agenty tajných služeb nebo jejich oběti. Někdy také za kontaktní osoby pro styk s mimozemskými civilizacemi. Nemocný nejčastěji podléhá rychlým změnám nálad, chová se nespolečensky, nedává najevo city. Není si ničím jistý, emoce jsou neadekvátní k situaci, myslí i mluví zmateně, bez souvislosti. Ví, že jedná pod vlivem myšlenek někoho jiného, mění se v loutku, robota. Nekoncentruje se, není schopen plánovat, cílevědomě jednat, zařizovat si správně běžný život.

Diagnóza je stanovena, pokud halucinace, bludy a další symptomy přetrvávají déle než měsíc. Symptomy, k nimž nejčastěji patří porušená afektivita od plačtivosti až po lhostejnost, rozpad logického myšlení, přeludy, halucinace, bludy, poruchy řeči způsobují ztrátu kontaktu s realitou. Nemoc může mít pozitivní příznaky (bludy a halucinace), ale také negativní (autismus, emoční oploštělost). Jeden z nejtypičtějších bludů schizofrenika je, že pacient své myšlenky považuje za cizí. Je někým ovládán, manipulován. IQ je většinou zachováno. V posledních letech se prokazuje určitý deficit ve schopnosti smysluplně komunikovat.

Nejvýznamnější jednotlivé formy:

- F20- Schizofrenie
- F21- Schizotypní porucha
- F22- Trvalé duševní poruchy s bludy
- F23- Akutní a přechodné psychotické poruchy
- F24- Indukovaná porucha s bludy
- F25- Schizoafektivní poruchy
- F28- Jiné neorganické psychotické poruchy
- F29- Nespecifická neorganická psychóza

2.3.1. Příčiny a vývoj nemoci

Jedinec, který onemocní schizofrenií, má biologickou náchylnost pro tuto poruchu (zranitelnost). K vyústění schizofrenních projevů dochází nejčastěji v období puberty. Toto období samo o sobě představuje rizikové období, typické bouřlivými změnami organismu. Náchylnost pro schizofrenní poruchu může být vrozená nebo získaná. Genetické údaje a zjištění ukazují na to, že častěji se vyskytuje schizofrenní porucha u jedinců, jejichž matka prodělala v těhotenství virové onemocnění. Zátěž (stres) může být různého rázu od biologického až po psychosociální. Genetické studie rodin, dvojčat a studie s adoptivními jedinci ukázaly, že genetické faktory hrají u schizofrenní poruchy významnou roli. Není zatím jednoznačně určeno, o jaký typ dědičnosti jde. Možnosti vzniku této nemoci mohou vytvářet různé geny, může se na ní spolupodílet i větší počet genů. Schizofrenie má různé příznaky i rozdílný průběh, a proto lze předpokládat, že může být i geneticky heterogenní. Zatím bylo identifikováno několik genů, ale míra

jejich vlivu není přesně známa. Existují důkazy, že tyto geny mohou být lokalizovány na chromozomech 2,4,5,9,10,13 a 22.

Přesná příčina vzniku schizofrenie není jednoznačně určena. Jde spíše o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují. Můžeme předpokládat, že její vznik ovlivní komplex mnoha faktorů a jejich vzájemné interakce. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů.

2.3.2. Výskyt schizofrenie

Schizofrenie postihuje přibližně 1% populace bez ohledu na zeměpisnou lokalizaci, rasovou příslušnost, pohlaví či sociokulturní vlivy. Vzniká nejčastěji v mladém věku, v rozmezí 15–35 let, u žen o něco později než u mužů. V psychiatrických léčebnách se pacienti s diagnózou schizofrenie podílejí na počtu prvních hospitalizací 20-25%. V posledních letech došlo ke změně v tom, že hospitalizace pacientů s diagnózou schizofrenie je kratší, avšak pacienti jsou přijímáni vícekrát. K frekvenci výskytu schizofrenie: mezi dospělou populací onemocní 0,25 % ročně. U tohoto množství lidí je rozervanost natolik silná, že je nutná pomoc. Průměrně 0,3 % se léčí s touto diagnózou. Přibližně u 1-2 % lidí se jednou v životě rozervanost a rozpad vyostří tak, že přijdou do kontaktu s psychiatrií. Ženy a muži onemocní přibližně stejnou měrou. Novější výzkumy ukazují, že muži onemocní dříve než ženy. Ze schizofrenního onemocnění napříč časem a kulturami vyplývá, že má stále stejný obraz. Bludné obsahy jsou kulturně a časově podmíněny.

2.4. Klinické projevy a poruchy kognitivních funkcí při akutní schizofrenii

U schizofrenie vzniká hluboké narušení vztahu k realitě, obvykle na počátku provázené úzkostí, zmatkem, vztahovačností a pocitu neskutečnosti. Nemocný se stahuje do sebe (trpí autismem), do svého světa s jinými časoprostorovými zákony. Často se cítí pronásledován a vytváří si bludné představy o vlivech či osobách, které na něj působí. Ve svém světě je on sám někým jiným, např. obětí, viníkem, loutkou, významnou nebo zakletou postavou. Prožívá panickou úzkost a hlubokou samotu. Cítí vinu, zármutek, velikášské pocity nebo prostě prázdno a pusto. Emoce jsou ve vleku závislosti a nepřátelství, touhy a strachu. Přiměřené citové reakce často vyhasínají. Myšlení a jednání je roztržité a řídí se vnitřní fantazijní logikou. Nemocný se stále více vzdaluje od skutečnosti a blízkých lidí. „Celá jeho osobnost ztrácí své uspořádání a svou souvislost s prostředím. Všechny tyto jevy mohou opět odeznít, často ale jejich zbytky přetrvávají a někdy i delší dobu ochuzují život nemocného a komplikují jeho mezilidské vztahy. Schizofrenie může začínat postupně nebo náhle, má různý průběh a varianty co do obsahu, závažnosti a výskytu recidiv. Záleží také na osobnosti nemocného a životních situacích.“⁵

⁵ KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou?* 1. vyd. Avicenum. 1987. s. 49.

„Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz. Jednotlivé příznaky je možné diferencovat podle toho, zda jsou projevem nadměrného, respektive zkráceného vyjádření standardních funkcí (pozitivní příznaky), nebo jejich úbytku (negativní příznaky). Předpokládá se, že pozitivní příznaky např. bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování, katatonní symptomy) jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku, zatímco negativní symptomy (např. výrazná apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, útlumem emočních reakcí, abulie, neschopnost iniciovat cílevědomé jednání, sociální stažení) vznikají jako důsledek jejich útlumu.“⁶

Z hlediska terapie je vhodné rozlišovat pozitivní příznaky, negativní příznaky a kognitivní deficit.

- **Pozitivní (psychotické) příznaky**

Jsou nejčastější příčinou hospitalizace. Do této kategorie řadíme halucinace (poruchy vnímání), bludy a dezorganizaci (poruchy myšlení) v jednání nemocného.

- **Negativní příznaky**

Představují ochuzení psychiky, nejvýrazněji v emotivitě a volní složce. Zahrnují apatii, ztrátu motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Jsou zodpovědné za funkční neschopnost a špatnou kvalitu života. Bývají přítomny u nemocných s první epizodou schizofrenní poruchy a jsou u této populace nemocných (na rozdíl od sekundárních negativních příznaků) považovány za primární, dané chorobným procesem. Sekundární negativní symptomy souvisí s pozitivními příznaky (pokud nemocný halucinuje, není schopen přiměřené komunikace s okolím) depresí, extrapyramidovými vedlejšími účinky (snížená motorika) a institucionalismem (nedostatek sociálních stimulů). Pro akutní onemocnění jsou typické především pozitivní symptomy, které se obvykle projevují nápadnou změnou psychických funkcí přetrvávající po určitou dobu (alespoň jeden měsíc).

2.4.1. Poruchy kognitivních funkcí

Poruchy vnímání

Poruchy vnímání se vyskytují často a mohou být velmi pestré. Na počátku onemocnění se objevují iluze, které přecházejí do halucinací. „Halucinace lze definovat jako klamně vjemy, které vznikají nezávisle na vnějším podnětu, ale nemocný je nevývratně přesvědčen o jejich reálnosti, a proto mohou ovlivnit jeho chování. Halucinace bývají nejčastěji sluchové (slyší hlasy), ale mohou být i zrakové (nemocný např. vidí různé bytosti) nebo tělové (nemocný je přesvědčen, že se jej někdo dotýká). Sluchové halucinace jsou typické pro nemocné s paranoidní schizofrenií: jsou to hlasy, které pacientovi něco přikazují, komentují jeho chování, popřípadě mu něco tajného nebo významného sdělují. Někdy tyto hlasy nemluví přímo k němu, ale o něm. Pro tyto nemocné je typické, že halucinace mají vztah

⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Portál. 2004. s. 336

k nim samým, jsou určitým způsobem spojeny s jejich kontrolováním, zasahováním a ovlivňováním. Specifickou skupinu tvoří intrapsychické halucinace, kdy se nemocnému jeví obsahy jeho vědomí, např. jeho pocity a myšlenky, jako cizí. Obdobný význam mají poruchy vnímání vlastního těla, to je cenestezie. Nemocný není schopen akceptovat, že jsou pouze výplodem vlastní psychiky. Odporovalo by to jeho interpretaci světa. Halucinace lze chápat jako poruchu integrace psychických funkcí. Vede k dezorientaci ve světě i v sobě samém, to je ve vlastním těle i vědomí. Halucinace je příčinou neschopnosti správně vnímat a zpracovávat tyto informace. Jde tedy o narušení interpretace a porozumění vnímaného obsahu. Poruchy vnímání souvisejí s postižením myšlení.

Poruchy myšlení

Narušení myšlení bývá komplexní, zahrnuje poruchy dynamiky, formy i obsahu myšlení.

Poruchy dynamiky myšlení

Uvažování schizofreniků může být zpomalené (bradypsychismus), může dojít k myšlenkovým zárazům, ulpívání na jedné myšlence, ale i k poruše opačné – myšlenkovému trysku, který se projeví zcela nesrozumitelným a vzájemně nesouvisejícím seskupením slov.

Poruchy formálního myšlení

Nemocný trpící schizofrenií nedokáže uvažovat koherentně (souvisle). Typickým příznakem je porucha plynulosti myšlení, kdy se ztrácí logická souvislost i vztah ke kontextu. Může dojít až k myšlenkovému chaosu - roztříštění myšlení. Koukolík (2000) uvádí: „Jedním z příznaků poruchy formálního myšlení je narušení schopnosti abstrahovat, odlišovat podstatné od nepodstatného. Narušení logiky uvažování může vyplývat rovněž z nesprávného chápání a užívání významů slov, respektive ze špatného porozumění jejich vztahům. Asociace, tj. spojení různých výrazů či myšlenek, bývají nesprávné, nelogické a náhodné. Předpokládá se, že příčinou uvedených problémů je odlišnost v činnosti těch oblastí mozku, které jsou centrem sémantického systému.“⁷

Poruchy obsahu myšlení

Uvažování nemocného schizofrenií se jeví jako nesmyslné, vychází z jeho logiky, která odráží individuální svět halucinací a bludů. Jak uvádí Vacek (1996) „Blud je privátní, mylné a zpravidla nevyvratitelné přesvědčení, které zásadním způsobem ovlivňuje jednání člověka. K. Jaspers udává tři kritéria bludu: subjektivní jistotu, nekorigovatelnost a nesmyslnost obsahu. Blud je chorobným projevem, který se odráží ve způsobu, jakým nemocný své tvrzení prezentuje. Bludy mohou mít různý obsah i zaměření, odráží se v nich narušení vztahu k sobě samému i zvláštnosti orientace v okolním světě.“⁸

Existuje:

⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Portál. 2004. s. 338

⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Portál. 2004. s. 338

- Paranoidní blud

(pronásledování, kontrolování, ovlivňování - nemocný je přesvědčen, že je ohrožován, např. mu nějaké síly zasahují do jeho mozku a ovlivňují jeho činnost)

- Blud mikromanický, nebo naopak megalomanický

(nemocný je přesvědčen, že má neobvyklou moc nebo je pověřen zvláštním posláním)

- Blud reformátorský či spasitelský

(je vyvolen ke spáse lidstva, k nějakému významnému objevu)

- Blud somatický

(je zaměřen na funkci vlastního těla)

- Blud ovlivňování a zasahování

(vkládání a odkládání myšlenek, je považován za jeden z důležitých diagnostických znaků schizofrenie)

Obsahy bludů sice mohou být různé, ale často v nich bývají zahrnuty nějaké bytosti, které mají k osobě nemocného určitý vztah. V bludném světě není nemocný sám, je středem pozornosti. Vystupuje v nich v protikladu k reálnému světu, kde se často cítí osamocený, kde není schopen navázat přijatelný kontakt. Blud je ovšem zároveň výsledkem úvah konkrétního jedince a proto v něm lze nalézt také individuálně specifické znaky. Blud je vystupňovaný výraz celé osobnosti i jejího životního vývoje. Minulá traumata a negativní zkušenosti nelze chápat jako příčiny vzniku schizofrenie, ale mohou být zpracovány a mohou se objevit v obsahu bludů či halucinací. Vznik bludu je obrannou reakcí, pomáhá řešit nemocnému jeho aktuální problém. Zpochybnění bludu vyvolává značnou úzkost a mnohdy z ní vyplývající agresivní jednání. Halucinace a bludy bývají příčinou neobvyklého jednání nemocného. Nemocný se může stát nebezpečný sám sobě i svému okolí. Hlasy sdělí nemocnému, co musí udělat. Např. označí nepřítele. Neléčený schizofrenik v akutní fázi nemoci může jednat nepředvídatelným způsobem. Proto je v těchto případech nutná hospitalizace na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Bludy a halucinace nelze nemocnému vymlouvat nebo mu dokazovat, že se jedná o nesmysly. Toto chování by mohlo vyvolat agresivní reakci, protože nemocný se za těchto okolností cítí ohrožen.

Afektivní příznaky

Z afektivních příznaků bývá přítomna deprese, hlavně v počáteční fázi onemocnění. Deprese je součástí akutní psychotické ataky. Až 10% nemocných se schizofrenní poruchou spáchá suicidium. Pro mnoho schizofreniků negativní příznaky společně s kognitivní dysfunkcí představuje přetrvávající, a zneschopňující součást onemocnění, která je důsledkem toho, že mají problém začlenit se do normálního života a obstát na trhu práce.

Psychosociální důsledky kognitivního poškození

Poškození poznávacích funkcí má vliv na jejich praktický život. „Výzkumy ukázaly, že kognitivní dysfunkce je nejdůležitější faktor nemoci, který souvisí se sociálními dovednostmi. Narušení kognitivních funkcí je spojováno s nepříznivou prognózou onemocnění, s nízkou kvalitou života a s neschopností pacientů vést

samostatný a nezávislý život.“⁹ Mnoho pacientů se schizofrenií není schopno najít si a udržet zaměstnání. Toto selhání je spojováno s nedostatečným osvojováním pracovních dovedností nebo se selháním při výkonu zaměstnání. V pozadí těchto nezdarů stojí kognitivní deficit. Pozitivní symptomy ovlivňují pracovní činnost jen částečně. Kognitivní dysfunkce je hlavních příčin obtíží nemocných v sociální a pracovní adaptaci. Podstatnou měrou se podílí na přímých i nepřímých nákladech na péči o tyto nemocné. Sociální fungování a kvalitu života lze ovlivnit zlepšením kognitivních funkcí. Snížení kognitivního poškození může pacientům pomoci ve znovuzapojení do běžného života a umožnit jim vést plnohodnotný život.

2.5. Typy schizofrenie

Na základě převažující psychopatologie se schizofrenní poruchy dělí na několik klinických forem:

F20.0- Paranoidní schizofrenie- charakterizována převážně bludy

F20.1- Hebefrenní schizofrenie-nejčastěji svými projevy karikuje pubertální období

F20.2- Katatonní schizofrenie- v popředí jsou poruchy hybnosti

F20.3- Nediferencovaná schizofrenie- nemívá obvykle vyhraněnou podobu

F20.5- Reziduální schizofrenie- chronický stav po ústupu akutních příznaků

F20.6- Simplexní schizofrenie- změny chování, vyplývající z postupného stažení do sebe

F20.4- je vyčleněna pro postpsychotickou depresi

2.5.1. Paranoidní schizofrenie

Je nejběžnějším typem schizofrenie, relativně snadno diagnostikovatelným. Pro paranoidní schizofrenii je charakteristický nesystematický (tj. izolovaný) blud s paranoidním obsahem a halucinace. Nemocný je ke svému okolí patologicky podezřívavý, vztahovačný, v rámci svého bludu je přesvědčen, že je ohrožen, pronásledován, hrozí mu zničení, bude použit k nějakému účelu nadpřirozenými silami atd. Může se objevit také patologická žárlivost. Blud ohrožení může být vztahován nejen k nadpřirozeným bytostem (např. mimozemšťanům), ale i určitým lidem – členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům apod. Vzniká zde určité nebezpečí, že by nemocný mohl tyto nic netušící lidi napadnout, aby se - v rámci své privátní logiky- bránil proti ohrožení. Často se objevují halucinace, zejména sluchové, ve formě hlasů, které něco přikazují, hrozí atd. S výjimkou pocitů ohrožení a podezřívavosti bývají jedinci trpící paranoidní schizofrenií emočně spíše otupělí, či alespoň nenápadní. Mívají také poruchu vůle, bývají hypobulictí, nedovedou se přinutit k potřebné aktivitě (opět s výjimkou činnosti, která souvisí s jejich paranoidními bludy a halucinacemi). Myšlení je narušené, především vzhledem k jejich bludnému výkladu reality. V akutní atace může být uvažování nemocného inkohorentní. Paranoidní schizofrenie může vzniknout i v pozdějším věku, někdy až okolo 40 let.

⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Portál. 2004. s. 339

2.5.2. Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie vzniká v období adolescence a rané dospělosti, tj. mezi 15-25 lety. Mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v době, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Pokud v této vývojové fázi propukne závažné duševní onemocnění, nová identita se nevytvoří a původní, dětské sebepojetí nemůže sloužit jako stabilní základ. Hebefrenní forma schizofrenie se jeví jako prohloubená a protahovaná puberta s podivným způsobem uvažování, nápadným šaškováním a klackovitým chováním neodpovídajícím věku. Charakteristickým znakem je porucha myšlení. Může se objevit sklon k pseudofilozofickému myšlení, které nejsou založeny na potřebných znalostech, a neberou v úvahu racionální argumenty. Myšlení může být inkoherní, postupně dochází k jeho celkovému ochuzení a zúžení. Verbální projev bývá nápadný, nemocní užívají neobvyklých slovních spojení a někdy vytvářejí neologismy. Objevují se bizarní bludy. Halucinace bývají častěji zrakové. Nemocný může mít potíže s vymezením vlastní identity, neví, kým je. Americká klasifikace nazývá tuto formu dezorganizovanou.

2.5.3. Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie je typická nápadnostmi v oblasti motorické aktivity. Obvykle se rozlišují dvě varianty:

Produktivní forma - která se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou, respektive paradoxním jednáním. Může jít o celkově zvýšenou aktivaci nebo např. jen o echolalie či echopraxie, kdy nemocný stále opakuje určitá slova či věty nebo nějaké pohyby.

Stuporózní forma - která se projevuje celkovým zpomalením či útlumem veškeré motorické aktivity, ztrátou vůle k jakékoliv činnosti. To znamená, že pacient se nehýbá, často vydrží velice dlouho v jedné poloze, nemluví a projevuje odpor vůči snaze jej aktivizovat. Je negativistický, a pokud nějak reaguje, jeho reakce bývají opačné, než k jakým jej vybízel pokyn. Nemocný reaguje jako loutka, pokud by byl uveden do určité polohy pak by v této poloze zůstal. Tento příznak se nazývá flexibilitas cerea, tj. vosková ohebnost. Objevují se halucinace, hlasy, které zakazují mluvit, jednat, jíst. Tito nemocní mohou být značně nevyzpytatelní, jelikož nelze odhadnout, k čemu je jejich halucinace vyzvou.

2.5.4. Simplexní schizofrenie

Pro simplexní schizofrenii je charakteristický časný a plíživý vznik. Na začátku se může jevit jako porucha osobnosti s nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálají. Jsou bez zájmu o cokoli, tráví celé dny v nečinnosti. Bývají apatičtí a autističtí, uzavírají se do sebe a izolují se od společnosti. Jsou nápadní svou neschopností zvládat i běžné požadavky, přestávají o sebe dbát a postupně upadají. Jejich myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. Do klasifikace DSM-IV nebyla simplexní schizofrenie zahrnuta a onemocnění, která jí odpovídají, jsou nejčastěji diagnostikována jako schizotypální poruchy osobnosti.

Nemocní se schizofrenií prožívají opakované psychotické epizody tj. relapsy nebo mohou mít dlouhodobě trvající psychotické příznaky. Přibližně třetina nemocných se po několika málo atakách dokáže vrátit k normálnímu životu, nemoc u nich ustoupí. U další třetiny se celý život střídají epizody s remisemi, tyto nemocní nejsou schopni vrátit se ke svému předchozímu zaměstnání. Často jim je přiznán invalidní důchod. Poslední třetina se nezbaví příznaků psychózy. Nemocní nejsou schopni samostatného života a jsou celý život odkázáni na pomoc rodiny, popř. zdravotnického zařízení.

Schizofrenie postihuje řadu psychických funkcí, okrádá postiženého jedince o mnoho základních věcí, které jsou podstatné v každodenním životě. Je spojena s vysokým rizikem sebevražedného jednání, hlavně v počátku, a významně narušuje fungování jedince (méně než 10% pracuje na celý úvazek a žije samostatně).

Nepříznivé prognostické faktory:

- mužské pohlaví
- nízký věk na začátku onemocnění
- nenápadný začátek
- nepřítomnost spouštěcích faktorů
- premorbidní život bez partnera
- špatné sociální fungování
- schizofrenie v rodinné anamnéze
- převaha negativních příznaků
- škodlivé užívání návykových látek
- život v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emočního napětí

2.6. Vliv rodinné terapie na nemocného schizofrenií

V padesátých letech existovala v USA nepočtená, i když vlivná skupina badatelů, kteří soudili, že dvojná vazba je živnou půdou schizofrenie. To je taková situace, při níž příjemce dostává od jednoho odesílatele dvěma cestami zprávy, jejichž význam je protichůdný. Např. matka sděluje dítěti, že je má ráda, souběžně mu mimoslovněmi prostředky (tónem hlasu, mimikou, natočením těla) dává najevo, že je nesnáší. Studie naznačovaly, že v rodinách mladistvých schizofreniků je často rozhodující postavou silná, ale nevyrovnaná matka (komunikující s dítětem dvojitě) a slabý, nevýrazný otec. Těmto matkám se začalo říkat „schizofrenogenní matky“ tedy matky způsobující schizofrenii. Rodinní terapeuti se snažili přimět matku, aby komunikovala jednoznačněji, a povzbuzovali otce, aby se v rodině více angažoval.

Rodinná terapie se v dnešní podobě začala zvolna vyvíjet po druhé světové válce, když si výzkumníci i kliničtí pracovníci začali všimnout významu současného pacientovi rodiny. K rozvoji přispělo zkoumání vlivu rodiny na vývoj schizofrenie. Jméno L. von Bertalanffyho je spojeno s výzkumem schizofrenie v souvislosti

s rodinným prostředím. Na počátku padesátých let se nezávisle na sobě začaly rozvíjet čtyři významné pracovní skupiny.

- Antropolog G. Bateson a skupina z Palo Alto (Haley, Weakland, Jackson) prozkoumali patogenní vliv **dvojných vazeb** ve vztazích dítěte k rodičům.
- T. Lidz a jeho spolupracovníci na Yaleově univerzitě zkoumali malé skupiny mladých hospitalizovaných schizofreniků a jejich rodiny a povšimli si **nezralosti rodičů** (zejména matek). Nezralost rodičů vedla u dítěte k pocitům nejistoty, k problémům s odpoutáním se od rodičů a dosažení samostatnosti. Popsali dva typické vzorce v rodinách schizofreniků: manželský rozkol a **pokřivený manželský vztah**. **Manželský rozkol** je rozdělení rodičů na dvě zneprátené strany. Z nichž každá usiluje o získání přízně dítěte na svou stranu v boji proti druhému. K pokřivení vztahů dochází, má-li jeden z rodičů výrazné patologické rysy. Přičemž se rodina navenek snaží předstírat, že je vše v pořádku.
- M. Bowen zkoumal v Bethesdě rodiny schizofreniků, které v rámci výzkumného projektu hospitalizoval alespoň půl roku. Povšiml si **emočního odstupu** mezi rodiči schizofreniků. Formuloval tzv. třígenerační hypotézu. Podle ní jsou oba rodiče schizofrenika nezralé osobnosti s vážnými emočními problémy ve vztazích k jejich vlastním rodičům a přenášejí tyto problémy na své děti. V terapii je důležité, aby se dítě dokázalo od rodičů osamostatnit.
- L. Wynne, který nastoupil v Bethesdě po Bowenově odchodu, zkoumal, jak se v rodině vytváří identita jednotlivých členů. Zabýval se dvěma potřebami člověka. Potřebou „být sám sebou“ a současně potřebou „udržet si blízké vztahy k ostatním členům rodiny“. V rodinách schizofreniků pozoroval tzv. **pseudovzájemnost**, kdy se rodiny snaží působit navenek dojmem vzájemného porozumění, zatímco ve skutečnosti je mezi členy značný odstup. „Schizofrenik, u něhož nedojde k dostatečné diferenciaci vlastního „já“, se začne bát vnějších vztahů a zůstává včleněn do bezpečných hranic rodiny, které kolem něho vytvářejí „gumový plot“. Společným jmenovatelem výsledků výzkumů je zjišťování přílišné závislosti u osoby se schizofrenním vývojem na rodině s konfliktními vztahy a nedostatečná diferenciaci jeho vlastního já.“¹⁰

Schizofrenie je závažná duševní nemoc, zasahující do života celé pacientovy rodiny. Cílem dlouhodobé léčby je prevence relapsů a rozvoje negativní schizofrenní symptomatologie. Relaps je měřítkem závažnosti nemoci a zhoršování prognózy s nepříznivými sociálními a ekonomickými důsledky. Relapsu lze nejúčinněji předcházet preventivní farmakoterapií doprovázenou psychosociálními intervencemi například rodinnou psychoedukací a nácvikem sociálních dovedností. „Zatímco preventivní účinky farmakoterapie jsou ověřeny a všeobecně v terapii prosazovány, psychosociální intervence i přes řadu dokladů o účinnosti na svoje zavádění do praxe čekají.“ (Pekala, 2000; Dixon et al., 2000). Jako jeden z nejvýhodnějších doplňků farmakoterapie se celosvětově osvědčují především rodinné psychoedukační programy. „Studie dokazují jejich vliv na snížení frekvence relapsů a zkrácení

¹⁰ MOTLOVÁ, Lucie, DRAGOMIRECKÁ, Eva. Schizofrenie a kvalita života. *Psychiatrie*. roč. 7, vyd. 2003, č. 2, s. 26-37.

rehospitalizací“ (Mueser, 2001; Xiong et al., 1994; Hogarty et al., 1991; Leff, 1985; Goldstein, 1997 atd.).¹¹

Edukační rodinné programy jsou zpravidla krátkodobé (8-25 setkání), uspořádáním se mezi sebou liší:

- individuální rodinná psychoedukace
- individuální rodinná doplněná skupinovou psychoedukací pouze pro příbuzné
- skupinová rodinná psychoedukace
- paralelní skupinová psychoedukace
- skupiny pro pacienty a skupiny pro jejich příbuzné – program Prelapse

„Obsahově se různé typy psychoedukačních rodinných intervencí shodují: pacienti užívají antipsychotickou medikaci, nemocným jsou poskytnuty podrobné teoretické i praktické informace o psychózách a účinnosti preventivní farmakoterapie, při výkladu o průběhu schizofrenie se vychází z modelu nemoci vznikající v důsledku působení stresu na zranitelném terénu, zvláštní pozornost se věnuje relapsům a jejich časným varovným signálům-příznakům.“¹²

Účastníci se učí, jak rozpoznat rizikovou komunikaci – hostilitu, nadměrné kritizování, vměšování se do záležitostí druhého, malou míru vřelosti, o níž je známo, že může zhoršovat průběh onemocnění a vést k relapsům, a naučit je komunikaci vhodnější. Jsou-li v rodině nějaké aktuální konflikty, řeší se s cílem snížit rodinné napětí. Psychoedukace tedy není primárně zaměřená jen na problémy a symptomy pacienta, ale pomáhá zmírnit zátěž, kterou nemoc představuje pro celou rodinu.

Skupinová rodinná psychoedukace zvyšuje kvalitu života přinejmenším dvěma způsoby nepřímo tím, že dojde ke zmírnění symptomů v důsledku snížení napětí v rodině, a přímo tím, že se zlepší spokojenost pacientů i příbuzných. „Zdrojem spokojenosti účastníků je pravděpodobně možnost sdílet zkušenosti, pomáhat si a vzájemně se podporovat, posílené partnerské role „člena týmu“, v němž pacient, příbuzný a lékař společně „táhnou za jeden provaz“ proti nemoci, a fakt, že se pacienty a jejich příbuznými někdo důstojně zabývá, věnuje se jim a tudíž nezůstávají se svými problémy osamoceni.“¹³

„Rodina představuje pro pacienta přirozený podpůrný systém, poskytuje mu pocit zájmu a oporu. Pacient, který v důsledku nemoci přišel o mnohé sociální

¹¹ MOTLOVÁ, Lucie, DRAGOMIRECKÁ Eva, ŠPANIEL, Filip. Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. *Psychiatrie*. roč. 7, vyd. 2003, č. 2, s. 26-37.

¹² MOTLOVÁ, Lucie, DRAGOMIRECKÁ Eva, ŠPANIEL, Filip. Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. *Psychiatrie*. roč. 7, vyd. 2003, č. 2, s. 26-37.

¹³ MOTLOVÁ, Lucie, DRAGOMIRECKÁ Eva, ŠPANIEL, Filip. Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. *Psychiatrie*. roč. 7, vyd. 2003, č. 2, s. 26-37.

dovednosti, se je v rodinném podpůrném prostředí snáze naučí. Práce s rodinou má tak důležitý dopad na zamezení řetězců relapsů a rehospitalizací.“¹⁴

2.7. Rodina a rehabilitace psychiatrických pacientů ve Velké Británii

Ústavy se stovkami klientů tak, jak je známe z Česka, tu neexistují. Velká rezidenční zařízení byla od osmdesátých let postupně rušena. Místo toho nastoupil trend domácí péče a malých institucí jen pro pár klientů.

Podpora doma

Lidé s duševním postižením v pobytových zařízeních nežijí ve Velké Británii de facto vůbec. Zůstávají ve vlastních či pěstounských rodinách s tím, že jim je poskytována podpora přímo doma. Mají možnost navštěvovat denní centra. Rodiče si v případě potřeby mohou odpočinout od zátěže a využít tzv. respitní péče, kde na pár dní mohou klienta umístit do speciálního zařízení. Existuje řada služeb, od podporované péče v domácím prostředí přes společné bydlení s dalšími lidmi s podporou sociálních pracovníků, nebo v samostatném bytě s určitou mírou podpory. Takových domů a bytů existují v Británii stovky, jsou vidět téměř v každém větším městě v běžné zástavbě. Stejně tak denní centra, kde se mohou dospělí učit novým dovednostem.

Bez klecí

Paleta služeb je různorodá, nabídka se však liší podle oblasti, kde člověk žije. V žádném zařízení však nesmí používat restriktivní opatření. Klece i síťová lůžka jsou zakázána. Ve výjimečných případech smějí vyškolení zaměstnanci použít speciální chvaty na zklidnění.

Kontrola zařízení

Do pobytových zařízení dochází dvakrát ročně neohlášená inspekce zřízená vládou a prováděná nezávislými experty. V zařízení kontrolují dodržování řady stanovených standardů kvality péče. Pokud zařízení daný standard nenaplnuje, dostane za něj ohodnocení 1, pokud ho naplňuje, získá 4. Výsledky inspekce jsou veřejně přístupné na internetu, každý tak ví, jak je která organizace kvalitní. Vzhledem k tomu, že zde existuje velká konkurence služeb, může špatná inspekční zpráva ovlivnit další osud zařízení. Pokud by přišli o klienty, zastaví se jim i přísun peněz od vlády. Kromě inspekce hodnotí kvalitu také klienti. Zařízení Outreach 3 Way má na britské poměry velmi negativní výsledky inspekce sociální péče. Inspektoři kriticky poukázali na fakt, že tamní klienti nejsou začleňováni do společnosti a do komunity. Stejně tak jsou zde údajně ohrožena jejich práva rozhodovat se o každodenních činnostech. Zpráva inspekce také kritizovala fakt, že

¹⁴ KOLEKTIV AUTORŮ: Psychotická porucha a jak se jí bránit, vydáno ve spolupráci s firmou JANSSEN-CILAG a Johnson a Johnson company, Praha 1998, str. 40.

někteří klienti bývají přes den ponecháni dlouho dobu bez podpory a bez zájmu zaměstnanců.

Také v Británii existují zařízení, která mají ještě daleko k naplnění cílů zapojit lidi s duševním onemocněním co nejvíce do běžné společnosti.

2.7.1. Požadavky rodiny

Prvořadým zájmem rodinných příslušníků je, aby se lépe dařilo jejich duševně nemocným blízkým. Nezmiňují se o pomoci pro sebe, třeba že žijí v obrovském stresu. Kde je pomoc, když se člen takové rodiny stane obětí násilí? V literatuře o duševních chorobách a násilí najdeme hodně článků, jak se mohou bránit násilí sociální pracovníci a psychiatři, avšak téměř neexistují návody, jak se mohou bránit příbuzní, kteří se přitom obětí mohou stát nejsnáze. Rodiny potřebují a zaslouží si pomoc při zvládnání stresu, není to však jejich prvořadým zájmem. Seznam toho, co chtějí rodiny pro své duševně nemocné blízké, je v mnoha zemích velmi podobný. Seznam požadavků rodin Irské Asociace pro schizofrenii je typický:

- 1) stručný a výstižný návod zvládnání soužití pro každou rodinu
- 2) přátelé pro každou rodinu
- 3) účinný zásah v krizi
- 4) celoživotní finanční jistotu pro duševně nemocného
- 5) chráněné bydlení
- 6) vhodné zaměstnání
- 7) ochráněné prázdniny/ volno
- 8) drop-in střediska
- 9) nově vyškolené profesionály
- 10) přehled a plán osobního rozvoje

Ostatní požadavky jsou v něčem odlišné, ale všechny země udávají potřebu následné péče. Dále si všichni uvědomují, že nemoc začíná dysfunkcí mozku, ale to, jaké osoba udělá pokroky, záleží nejen na dostupných příležitostech, ale i na míře lhostejnosti a necitlivosti prostředí, v němž se změna odehrává.

2.7.2. Dále rodiny postrádají

Příbuzným se nelíbí, že jsou vylučováni z důležitých rozhodování o svých blízkých. Speciálně se jim nelíbí nechat psychiatrů s nimi mluvit, a to v době, kdy nejvíc potřebují ujištění a porozumění. Vadí jim striktní užívání pravidel o důvěrnosti informací, která zamezují dozvědět se důležité a potřebné informace. Jsou ve velkém napětí, když tyto informace nedostávají. Jsou frustrováni, že není možné vyhledat služby, které jsou podle nich nezbytné. Rodiny jsou zatěžovány rozhodnutími, která musejí udělat, ale s nimiž jim nikdo neporadí. Např. rozhodnutí, jestli nemocný musí do nemocnice nebo jestli jej mohou nechat žít doma či jinde. Komunikace mezi profesionály a členy rodiny je základ a je docela snadno aplikovatelná, jak lze vidět v praxi některých profesionálů, ale ještě stále mnoho profesionálů nepochopilo její důležitost.

2.7.3. Světová organizace příbuzných duševně nemocných

Na neúnavné naléhání úřadujícího prezidenta WAPR Life Irvinga Blumberga byly podniknuty kroky ke vzniku světové organizace rodičovských skupin. Reprezentanti několika národů se setkali v Barceloně, Dehaanu, Montrealu a Dublinu a odsouhlasili, že je takováto organizace nezbytná. Ustanovení takové organizace není lehké. Každá rodina je zatížena náročností soužití s duševní nemocí a členové rodiny jsou zaměstnáni prací v místních skupinách a národních organizací a mají ztěžší čas a energii nazbyt pro rozvoj mezinárodního tělesa. Takový rozvoj vyžaduje také peníze a přístupy k překonání komunikačních zábran. Nicméně potřeba takové organizace je velká. Mohla by pomoci zmenšit stigma, kterému musí duševně nemocní a jejich příbuzní a dokonce ti, kteří se jim snaží pomoci, čelit. Mezinárodní organizace by mohla demonstrovat rozsah tohoto problému, uzákonit provádění konstruktivních změn.

2.8. Co je to potřeba

Na rozdíl od přání jsou potřeby určeny životní nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody.

„Potřeby vyjadřují požadavky člověka, kolik a čeho potřebuje, aby mohl existovat. Je to nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit. Je to stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti. Komplementárním pojmem k potřebám jsou hodnoty, jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány. Zatímco systém potřeb ve vývoji lidstva se podstatně nemění, hodnoty jsou proměnlivé; jinak řečeno: potřeba vzniká při jakékoliv fyziologické odchylce od ideální hodnoty; pokud odchylka od ideální hodnoty nemůže být automaticky upravena, je aktivován pud a vybuzený organismus zahájí činnost ke znovuoobnovení rovnováhy“.¹⁵

- Potřeby fyziologické jako je například potřeba potravy, kyslíku, spánku jsou takové potřeby, jejichž uspokojení je nutné pro udržení chodu základních funkcí organismu. Takovéto potřeby má člověk společné s ostatními živočichy.
- Psychogenní, sociogenní potřeby jsou potřeby získané, naučené. Tyto potřeby hrají v životě člověka podstatnou a významnou roli. Postupným začleňováním člověka do společnosti se zároveň rozvíjí síť potřeb psychologických. Odpovídají pojetí člověka jako společenské bytosti. Jsou to zejména: potřeba jistoty a bezpečí, která se výrazně projevuje ve chvílích, kdy se člověk cítí ohrožen, je v nebezpečí, ocitá se v nepřehledných situacích nepříznivě působících na jeho jistotu fyzické existence nebo ohrožující jeho psychosociální jistoty, například citové vztahy v rodině, začlenění do vrstevnické skupiny, vztah k partnerovi.

¹⁵ TRPIŠOVSKÁ, Dana. *Úvod do psychologie*. PF UJEP. Ústí nad Labem. 1996. s. 66

- Potřeba činnosti, změny, novosti podnětů se projevuje skutečně mnohotvárně. Sílu a existenci těchto lidských potřeb lze dokázat, když je člověku znemožněno vykonávat jakoukoliv činnost, například v důsledku vážného onemocnění, byť jen přechodně; nebo musí dlouho vykonávat činnost jednotvárnou, stereotypní. Potřeba činnosti se projevuje radostí z realizace činnosti samotné, bez ohledu na její výsledek. Tyto potřeby jsou obsaženy v dětské hře, děti si hrají, protože mají radost ze hry samotné, z toho, že si hrají. Přičemž výsledek jejich hry nebývá tím jediným a primárním efektem.
- Potřeba sociální interakce je v lidském chování vyjádřena osobními vztahy s lidmi, ve vzájemné pomoci a porozumění se členy rodiny, s kamarády, se spolužáky. Projevuje se jak přijímáním citových projevů od druhých, tak i dáváním, opětováním citů, dále péčí o jiné nebo udržováním a rozvíjením sociálních kontaktů.
- Potřeba výkonu a společenského uznání vede člověka k dosahování dobrých výsledků v řadě činností- učení, pracovních i zájmových. Jejich prostřednictvím člověk získává uznání ostatních a společenskou prestiž.
- Potřeba uskutečnit v životě určitý cíl odráží skutečnost, že každý člověk si v životě staví určité cíle. V dětství jsou to cíle hlavně krátkodobé. V období dospívání si vytyčujeme své životní cíle, které s větší či menší intenzitou postupně naplňujeme. Jde vlastně o potřebu seberealizace.
- Potřeby poznávací, projevujících se touhou po nových informacích a řešení problémů. Tyto potřeby vycházejí z toho, že člověk žije ve složitém sociálním světě, světě lidských výrobků a hodnot jde o potřeby orientace vnějšímu světu. Potřeby aktivity se projevují rozmanitě, patří mezi ně například potřeba pracovní činnosti, potřeba motorického odreagování, potřeba herní činnosti, potřeba sportovní činnosti, potřeba zájmové činnosti. Potřeby dosahování výkonů představují úsilí člověka něco dokončit. Potřeby existenciální neboli potřeby smyslu života souvisí s nutností člověka zabývat se v určitých etapách svého života otázkami smyslu své existence. Neuspokojení těchto potřeb úzce souvisí s životní krizí člověka, dále mohou být tyto potřeby vyvolány například duševním otřesem či výraznou změnou zdraví člověka.
- Potřeby sebeaktualizace a seberealizace vychází z tendence člověka uplatnit všechny své možnosti a dosáhnout tak svého rozvoje, rozvoje sociální skupiny či celé společnosti.

„Historii sociální práce lze chápat jako příběh objevování potřeb a přetváření společnosti na systém schopný tyto potřeby uspokojovat.“¹⁶

¹⁶ HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1 vyd. 1999. Slon, Praha. s.

2.8.1. Abraham H. Maslow-teorie motivace

Ve 40. letech 20. století vytvořil americký psycholog Abraham H. Maslow teorii motivace. Základním principem této teorie je uspokojování lidských potřeb. Maslow hierarchicky rozdělil lidské potřeby do pěti skupin, podle toho, jak probíhá jejich uspokojování. Nejnižší jsou umístěny potřeby fyziologické a nejvyšší potřeby spojené se seberealizací.

Podle Maslowa hierarchicky organizovaného systému potřeb usiluje člověk nejprve o ukojení základních fyziologických potřeb. Ty se objevují při porušení rovnováhy organismu a vyjadřují tak jeho potřeby. Jsou to například potřeby potravy, tekutin, tepla apod. Pokud má člověk uspokojeny základní potřeby, přichází na řadu touha po jistotě a bezpečí. Tato potřeba se objevuje v situacích, kdy člověk ztrácí pocit životní jistoty, v období ekonomického selhání, v případě nebezpečí. Dále pak přichází na řadu uspokojování potřeb sociálních – potřeba náležitosti, lásky a přátelství. Tyto potřeby vystupují v situacích osamocení a projevují se jako snaha být milován a být sociálně integrován, najít společenství, ke kterému by člověk mohl patřit. Poté následuje uspokojování potřeby uznání. Tato potřeba vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

Potřeba seberealizace (sebeaktualizace) je vývojově nejvyšší a tvoří jádro tzv. „potřeb růstu“. Znamená to, že v rámci uspokojování se člověk snaží plně využít svůj potenciál ke svému osobnímu rozvoji. Jelikož je potenciál jedinců různý, je i forma této potřeby různá u různých jedinců. Tato potřeba vystupuje až v případě, že jsou u člověka plně uspokojeny potřeby nižší. Tento typ potřeby je společný všem lidem, ovšem míra a způsob jejich uspokojování je zcela individuální u každého člověka.

Podle Maslowa existují určité výjimky z hierarchie potřeb:

1. lidé, u kterých je úcta důležitější než láska
2. lidé, kteří jsou přirozeně tvořiví a tvořivost je pro ně důležitější než základní potřeby
3. lidé, jejichž snahy jsou permanentně sníženy a stačí jim uspokojovat jen základní potřeby
4. někteří psychopati, kteří se vyznačují ztrátou potřeby lásky a nejsou ji schopni přijímat ani dávat
5. lidé, u kterých byla jistá potřeba uspokojována dostatečně dlouho a kteří jí proto nevnímají jako podstatnou
6. lidé, kteří si stanovují vysoké cíle a usilují o vysoké potřeby a tím se zvyšuje jejich tolerance frustrace z neuspokojení potřeb nižších

2.9. Specifické potřeby duševně nemocných

„Nejvíce specifické jsou u duševně nemocných potřeby nemocí vzniklé. Tyto potřeby také nejvíce vyžadují profesionální intervenci. K jednotlivým podrobně vymezeným potřebám lze připomenout ty obecné faktory, které jejich vznik

podmiňují. Dlouhodobě duševně nemocní jsou více zranitelní a jsou také méně tolerantní vůči kritickým projevům okolí. To lze přičítat nejen jejich nemoci, ale také vzájemnému působení činitelů biologických, individuálně psychologických a společenských.¹⁷

Jako další důvod lze uvést pojem známý především v ošetrovatelství, který je téměř průvodním projevem dlouhodobého pobytu v psychiatrické léčebně, tzv. hospitalismus. Jedná se o syndrom, který je jakousi výslednicí ústavního léčení, není ovšem vyhrazen pouze pro psychiatrické pacienty. V jeho popředí dominuje apatie, potřeby pozbývají volní charakter, projevuje se submisivita, chybí zájem o budoucnost a schopnost jejího plánování, dochází k rezignaci.

Na vznik specifických potřeb má také vliv většinová invalidizace duševně nemocných. Ta má za následek deficit normálního uspokojování potřeb a vznik specifických potřeb. Tím, že člověk dostane invalidní důchod, se sice může na čas dostavit úleva a i částečné vyřešení problémů, zejména v ekonomické oblasti, ale nese s sebou i frustraci sociálních potřeb, pocity vyřazení, ponížení, potvrzení vlastní neschopnosti, posunu sebehodnocení negativním směrem. Sociální frustrace a narušená sebeúcta se odráží v chování klientů - bývají podráždění, vyhýbají se interpersonálním kontaktům - a tyto projevy opět vyvolávají negativní odezvu v okolí. Uzavřenost a nesmělost duševně nemocných však neznamená ve většině případů nezájem o interpersonální vztahy, ale bývá projevem úzkosti a obavy z dalšího zklamání. Nejde tedy o to, že tito lidé nemají potřebu sociálních kontaktů, ale jejich úzkost jim brání tyto kontakty navazovat, jde o tzv. strach z blízkosti. Mnozí z duševně nemocných rádi chodí do společnosti druhých, ale přesto nevstupují do bližších vztahů a kontaktů.

Shrnuto, z hlediska hierarchie potřeb, dochází u duševně nemocných k tendenci uspokojit především základní potřeby, tedy svým způsobem k redukci vyšších potřeb a k regresí potřeb nižších.

Je tedy velmi důležité z pozice sociálního pracovníka podporovat růst pozitivního sebehodnocení nemocného s ohledem na jeho reálné možnosti a schopnosti a pomáhat mu opět nalézt místo v životě a společnosti. Termín „podpora“ je zde klíčový. „Podpora znamená jednat na základě porozumění a na základě skutečných potřeb druhého. Specifické potřeby vzniklé nemocí jsou právě ty, kde klient potřebuje podporu v oblastech života pro zdravé lidi samozřejmých“.¹⁸

Lidé jsou sociální bytosti, které potřebují být ve styku s jinými lidmi, aby uspokojovali své emocionální, sociální a biologické potřeby. Bez schopnosti jasně vyjádřit naše potřeby a zájmy druhým lidem, kteří jsou pro nás důležití, by se asi náš život stal osamělým a šedivým. Byl by bez potřebného tepla významu, které právě přinášejí do našeho života sociální kontakty a vzájemné vztahy. Život lidského jedince je nemyslitelný bez sociálních vazeb. I psychotik, jakkoliv autistický, zůstává

¹⁷ MEDUNOVÁ, Ivana. *Duševní nemoc a sebevražda*. Ústí nad Labem. 2000. s. 42. Univerzita J. E. Purkyně. Fakulta sociálně ekonomická. Vedoucí diplomové práce: Jaroslava Mužíková.

¹⁸ KALINA, Karel. *Jak žít s psychózou?* 1. vyd. Avicenum. 1987. ISBN 08-080-87.

společenským jedincem, jehož popření komunikace je také formou komunikace, tj. hlubokého a nešťastného selhání v mezilidských vztazích. Právě dlouhodobě duševně nemocní často nedovedou projevit své city ani v rodině, ani mezi spolupracovníky a přáteli. To, že tito lidé nedovedou vyjádřit své pocity a tužby jiným lidem má za následek, že ztrácejí v životě potěšení a stávají se citlivějšími na emocionální utrpení. To vše přispívá nejen ke zhoršenému zvládnání denních starostí, ale i ke zhoršené kapacitě se léčit. Takoví jedinci, pokud jsou bez odpovídajícího zázemí, pak tráví volný čas mnohdy nečinně. Často jim činí potíže strukturovat si svůj den, což prohlubuje jejich znevýhodnění v psychosociální oblasti. Poskytovatelé služeb působící v oblasti duševně nemocných na tuto potřebu svých klientů reagují například zřizováním sociálních center. Sociální centra jsou místem, kde mohou duševně nemocní trávit svůj volný čas. Tato centra by měla plnit několik funkcí současně. Měla by splňovat:

- možnost sociálního styku, především pak s obdobně nemocnými
- možnost prvního kontaktu duševně nemocného a sociální pracovnice
- možnost zdokonalit či obnovit si své sociální dovednosti
- možnost získat potřebné informace v sociálně právní či jiné problematice

Prostřednictvím řady svépomocných aktivit probíhá i trénink vyplňování volného času.

Častá sociální izolace duševně nemocných klientů s sebou přináší i snížení schopností účastnit se života v širší společnosti. Ubývá tak často zážitků, které obohacují život člověka. U klientů tak často vzniká potřeba podpory v organizaci dovolené, výletů, návštěvy kina, divadla, kavárny, restaurace a jiné. Práce s duševně nemocnými klienty je tedy dlouhodobou záležitostí, jejímž stěžejním bodem je sociální a pracovní rehabilitace obnovující a upevňující schopnost nemocných žít mezi ostatními lidmi mimo nemocniční zařízení. „Pro klienty, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci, je přínosné, aby měli možnost navštěvovat denní stacionáře, zajišťující psychoterapeutickou a psychofarmakologickou péči, ale též zprostředkující další resocializaci (například ve formě zapojení se do tzv. přechodného zaměstnání či chráněných dílen, nověji též zprostředkující možnost získání chráněných bytů.) Terapie psychotických nemocných je považována za jednu z nejobtížnějších, kterou může provádět pouze vyškolený odborník a zároveň jen vnitřně stabilní člověk.“¹⁹

2.10. Psychoterapeutická pomoc duševně nemocným

Zhodnocení psychosociálních funkcí je důležitou součástí vyšetření pacienta se schizofrenií. Informace o psychosociální výkonnosti mohou pomoci při stanovení diagnózy, ale i prognózy. Při hodnocení psychosociální výkonnosti se zaměřujeme především na vztahy k rodičům, sourozencům vrstevníkům, sexuální vztahy, úroveň dosaženého vzdělání, pracovní anamnézu, rekreační aktivity a zájmy. Tyto aspekty

¹⁹DITTRICHOVÁ, Jana. *Město Teplice a péče o duševně nemocné občany*. Ústí nad Labem. 2002. s.52. Univerzita J. E. Purkyně. Fakulta sociálně ekonomická. Vedoucí diplomové práce: Jaroslava Mužíková

psychosociální výkonnosti by měly být vyhodnoceny na začátku choroby a následně i v jejím průběhu. Vztahy ke členům rodiny nám mohou poskytnout informace o časných vývojových anomáliích, psychologických stresech přispívajících k nástupu onemocnění a v neposlední řadě i o dostupnosti sociální podpory. Stanovení diagnózy schizofrenie představuje pro rodinu významnou zátěž. Pro rodiče je obtížné přijmout emoční, sociální a kognitivní změny, které jejich dítě prodělává. Sami většinou potřebují intenzivní psychologickou podporu. V rámci psychosociálního šetření je potřeba zvážit vztahy s vrstevníky. Také schopnost navazovat intimní vztahy bývá u schizofrenie narušena. Řada pacientů mívá malé nebo žádné sexuální zkušenosti, většina pacientů se nikdy neožení nebo nevdá. Studijní schopnosti pacientů bývají rozmanité. Někteří pacienti si uchovají normální nebo vysoké studijní výsledky až do propuknutí příznaků, kde najednou dojde k výraznému poklesu a neschopnosti fungovat jako dříve. Typickou reakcí na tento stav jsou depresivní příznaky a riziko sebevraždy. Obdobné je to u pracovní anamnézy, kde dochází postupně k posunu směrem dolů a ke snížení socioekonomického statusu. Jen malá skupina pacientů si je schopna zachovat adekvátní pracovní zařazení, většina nastupuje do invalidního důchodu. Důležité je zaměřit se také na rekreační aktivity a zájmy. Jednou z možností je požádat pacienta, aby nám popsal svůj „typický den“. Často se ukáže, že pacient tráví většinu času o samotě a nevěnuje se prakticky žádné aktivitě. Rekreační aktivity a zájmy jsou často pasivní a omezující se na činnosti, jako je sledování televize. Přetrvávající zájem o aktivity a koníčky během onemocnění je dobrým prognostickým ukazatelem.

Snížit zranitelnost duševně nemocného lze pomocí léků, individuální a skupinové psychoterapie a psychosociální či pracovní rehabilitací.

„V psychoterapii s psychotickými a zejména schizofrenními pacienty si musíme klást otázku, do jaké míry je vůbec vhodné a možné rozbít jejich imaginární svět. Je to vhodné potud, pokud tím nemocný netrpí víc než svými iluzemi a bludy, a potud, pokud mu znemožňují existovat ve společnosti. Zpočátku musíme respektovat pacientovu hlubokou úzkost z reality, kterou považuje za nepřátelskou, ohrožující a cizí, jeho únik do autistické slonové věže, kde se chce zachránit. Nelze rozbít nemocnému jeho imaginární svět, dokud mu není za něj co nabídnout ve skutečnosti“²⁰

„Psychoterapii lze vymezit jako interdisciplinární obor, jenž vychází především z psychologie. Spočívá v intervenci uskutečňované psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy, při které terapeut pomáhá potřebnému jedinci v dosahování normality. Normalitu chápeme jako život člověka realizujícího sebe společně s druhými a naplňujícího tak své pozitivní možnosti ve společenství s ostatními lidmi a s ohledem na ně.“²¹

Psychoterapii zvyšujeme kvalitu klientova života, a pokud jde o jeho zdravotní stav, působíme psychologickými prostředky ve směru prevence, léčby a rehabilitace

²⁰ SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. 2. vyd. Most.1977. s. 58

²¹ VYMĚTAL, Jan. *Rogeroovská psychoterapie*. 1. vyd. CENTA. 1996. s. 12-15

poruch zdraví. Psychoterapii ze širokého všeobecného hlediska provádí každý lékař od okamžiku, kdy se poprvé setká s nemocným a začne ho vyšetřovat. Na nemocného se působí různými psychologickými prostředky, zejména slovem. V rozhovorech s lékařem se může nemocný radit, jak se má chovat, až se setká s podobnými problémy, které se dříve zdáli být neřešitelné. Lékař poskytuje podporu při jeho uvažování. Dále se snaží, aby se názory nemocného změnily na společensky prospěšné.

V současné psychoterapii je mnoho různých metod a postupů.

V psychoterapii individuální je působení zaměřeno na jednotlivce. Skupinová psychoterapie využívá k terapeutickým účelům dynamiku vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny.

Podle příslušnosti k základním směrům se psychoterapie zjednodušeně rozděluje na tři odlišné orientace:

- ✓ **dynamická psychoterapie** – věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže
- ✓ **kognitivně-behaviorální psychoterapie** – převážně učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení
- ✓ **humanistická psychoterapie** – zabývá se sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňováním životního smyslu

2.10.1. Psychosociální rehabilitace

V současné době se psychosociální rehabilitace považuje vedle farmakoterapie a psychoterapie za jednu ze základních metod moderní práce s duševně nemocnými a znalost základních principů a specifických metod psychosociální rehabilitace by měla být standardní výbavou všech profesionálů. Psychosociální rehabilitace vystihuje mnoho různých pohledů a metod, které jsou zaměřeny na zlepšení kvality života psychosociálně zranitelných osob a k jejich většímu zapojení do komunity. Cílem psychosociální rehabilitace je maximálně posílit stávající schopnosti a dovednosti klientů a využít, podpořit a restrukturalizovat potenciaální zdroje podpory a pomoci v jeho prostředí tak, aby byl schopen co možná největší samostatnosti a nezávislosti v co nejběžnějších životních podmínkách s co nejvyšší kvalitou života. Cílem psychosociální rehabilitace je co nejrychlejší a co nejširší zapojení postižených osob do všech běžných společenských aktivit s maximálním důrazem na jejich sociální integraci. Základním cílem rehabilitace musí být co nejvíce minimalizovat přímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého onemocnění. Psychosociální rehabilitace je proces orientovaný na cíl sociálního zrovnoprávnění (emancipace) klienta, slouží k praktickému zařazení či znovuvřazení (integraci) zranitelných osob do samostatného života v běžné populaci s potřebnou mírou nezávislosti a odpovídajícími schopnostmi a dovednostmi. Podle Benneta (1978) proces rehabilitace pomáhá duševně nemocným lidem získat co nejvíce ze schopností, které jim zůstaly, proto, aby mohli dosáhnout optimální úrovně funkčnosti v těch nejvíce normálních (přirozených) podmínkách. Onemocnění je akceptováno a rehabilitace je zaměřena k minimalizaci nevýhod. Důraz je kladen na prostředí, klient je veden k tomu, aby využíval prostředí. Sociální diagnostika

odhaluje klientovy role, osvojuje si je a učí se s nimi zacházet. Rehabilitační intervence se vztahují k zapojení klienta do společnosti. U klientů, kteří se dají změnit jen málo nebo jen s velkými obtížemi, u nich lze zlepšení dosáhnout spíše změnou prostředí.

V léčení duševních nemocí bychom neměli využívat jen jednu metodu, nýbrž se musí provádět v tzv. léčbě komplexní. Ovlivňujeme duševní stav všemi dostupnými prostředky. Výsledky dosažené tímto komplexním léčebným způsobem jsou mnohem efektivnější, než výsledky docílené pouze jedinou léčebnou metodou.

2.11.FOKUS - Sdružení pro péči o duševně nemocné – středisko Teplice

Sdružení Fokus je organizace, která poskytuje sociálně - aktivizační služby, terénní služby a služby následné péče. Poskytované služby odpovídají službám dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách - Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením dle §66 a Služby následné péče dle §64.

2.11.1.Vznik

Středisko Teplice – dříve „Altán“, vznikl dne 15.2.1999 pod hlavičkou občanského sdružení Arkadie v Teplicích v Čechách. Arkadie nabízí své služby mentálně postiženým klientům v okrese Teplice. Počátkem roku 2001 se tento program (Altán) od Arkadie odtrhl a od 1.4. 2001 funguje v Teplicích v Čechách jako nově vzniklé samostatné občanské sdružení. Od září roku 2008 spadá Altán pod Sdružení pro péči o duševně nemocné - Fokus Ústí nad Labem a oficiálně se jmenuje Sdružení pro péči o duševně nemocné - Fokus Ústí nad Labem - středisko Teplice - Školní 26, 415 01 Teplice.

Vznik Altánu, o.s., byl reakcí na absenci sociálních služeb tohoto typu v teplickém regionu. Vznik organizace poskytující sociální služby duševně nemocným v Teplicích podpořili také odborní lékaři – psychiatři, kteří služby Altánu, o.s., začali nabízet svým pacientům. Před vznikem Altánu, o.s., měli duševně nemocní v Teplicích možnost využívat pouze zdravotní služby, tzn. docházet pouze ke svému ošetřujícímu psychiatrovi, při zhoršeném zdravotním stavu být hospitalizován na lůžkovém oddělení psychiatrie v nemocnici či v psychiatrické léčebně. Nulová nabídka mimozdravotních služeb způsobuje izolaci nemocného od sociálního okolí, což má za následek ztrátu jeho sociálních a pracovních dovedností a následně ještě více prohlubuje izolaci nemocného od přirozeného prostředí.

2.11.2.Služby

Jedná se o dlouhodobou, cílenou a pravidelnou podporu při získávání, zdokonalování a upevňování sociálních a pracovních návyků a dovedností, poskytování informací, psychické podpory a pomoci za účelem zabránění sociálnímu vyloučení uživatelů a s cílem napomáhat uživatelům v překonání jejich nepříznivé sociální situace.

Služby, které Fokus-středisko Teplice nabízí svým klientům, si kladou za cíl pomoci duševně nemocnému získat opět ztracené dovednosti, o které díky své nemoci přišel a pomoci mu tak zapojit se do běžného života. Fokus-středisko Teplice poskytuje svým klientům služby zdarma. V současné době mohou duševně nemocní v Teplicích prostřednictvím Fokusu – středisko Teplice využívat služeb terénní práce.

Součástí činnosti, kterou Fokus – středisko Teplice provozuje je pravidelný kontakt s ošetřujícími psychiatry a rodinou a blízkými klientů. V rámci těchto aktivit mají rodinní příslušníci možnost získat veškeré informace o službách a programech Fokusu – střediska Teplice o duševní nemoci, mají možnost si popovídat o problémech a požádat o pomoc či radu. Toto probíhá při návštěvě u klienta doma nebo při organizovaném setkání rodinných příslušníků a přátel klienta. Fokus-středisko Teplice se v rámci svého působení snaží o kvalitní komunikaci s ošetřujícími lékaři a rodinami klienta a zajistit tak duševně nemocnému úplnou péči.

2.11.3. Terénní práce

Služby terénní práce nabízejí několik možností terapeutické intervence v přirozeném prostředí klienta. Terénní práce zahrnuje veškeré typy služeb, které jsou nabízeny mimo prostory Fokusu – střediska Teplice. Klient si tuto službu objednává po dohodě se svým ošetřujícím lékařem či přímo s pracovníky Fokusu. Terénní práce je prováděna formou průběžných návštěv, kdy sociální pracovník pomáhá nemocnému například při řešení praktických věcí v domácnosti, ale také poskytuje klientům společnost, možnost pohovořit si o důvěrných tématech, poskytuje informace o středisku o jeho programech a akcích. Prostřednictvím terénní práce pracovníci Fokusu – střediska Teplice provádí krizovou intervenci při zhoršení psychického stavu klienta. Dále touto formou sociální služby poskytují pomoc při styku s úřady, například při vyřizování žádostí o sociální podporu, atd.

2.11.4. Pracovně rehabilitační programy

Programy pracovní rehabilitace probíhají v prostorách střediska. Dále také využívá pro své potřeby keramickou a výtvarnou dílnu v budově Gymnázia v Teplicích. Programy pracovní rehabilitace se konají ve všední dny v odpoledních hodinách. Klienti programy navštěvují dobrovolně a mohou si činnost vybírat podle vlastních zájmů, možností a schopností. Dobrovolnost spočívá v možnosti navštěvovat programy v libovolné kombinaci, střídat je dle chuti a v případě, že se klient necítí dobře, návštěvu programu vynechat. Fokus- středisko Teplice nabízí různorodé pracovně rehabilitační programy a snaží se tak pokrýt co nejširší pole zájmů svých klientů. Mezi pracovně rehabilitační programy patří:

- programy pracovní, kde mají klienti možnost pracovat se dřevem, keramikou, sklem, papírem
- programy sportovní, při kterých se provádí cvičení základních prvků jógy, navštěvuje se plavecký areál v Teplicích, a klienti mají možnost výuky karate

- programy zájmové, kde klienti malují, kreslí, paličkují a učí se angličtinu – němčinu, sledují tzv. filmový klub

V pravidelných intervalech Fokusu – středisko Teplice pro své klienty organizuje výlety či společné návštěvy kulturních akcí a společensko-zábavních podniků.

2.11.5. Současnost

V současnosti má Fokus-středisko Teplice jednoho stálého zaměstnance. Je jím Mgr. Ivana Fujanová, ředitelka Fokusu – střediska Teplice, diplomovaná sociální pracovnice. Dále Fokus-středisko Teplice využívá spolupráce dobrovolníků. V současné době jsou v pravidelném kontaktu s tímto sdružením čtyři dobrovolnice. Sdružení spolupracuje s FSE UJEP v Ústí nad Labem, kde poskytuje studentům oboru sociální práce odbornou praxi.

Služeb Fokusu-střediska Teplice v současné době využívá okolo 50 klientů z teplického regionu, kteří jsou se sdružením v pravidelném či nepravidelném kontaktu. Věkové rozmezí klientely je 17–76 let. Nejčastějším onemocněním klientů je schizofrenie, dále do střediska docházejí klienti s maniodepresivní psychózou a s hraničními stavy osobnosti.

Noví klienti mají možnost se o existenci sdružení dovědět od svých ošetřujících lékařů- psychiatrů, z regionálních médií, které občany teplicka informují o programech a akcích Fokusu-střediska Teplice. Fokus – středisko Teplice také realizuje vlastní akce, kde se snaží přiblížit problematiku duševního zdraví široké veřejnosti. Mimo ošetřujících lékařů-psychiatrů spolupracuje Fokus- středisko Teplice se státními institucemi, s poskytovateli služeb v sociální oblasti a s nevládními neziskovými organizacemi

V budoucnosti plánuje Fokus - středisko Teplice rozšířit nabídku svých služeb a to o ty služby, které dosud v teplickém regionu chybí. Touto zamýšlenou službou je zřízení chráněné dílny a založení psychoterapeutického programu.

S tímto procesem také souvisí financování Fokus-středisko Teplice. Sdružení se každoročně uchází o dotace (granty) udílené MPSV, dále využívá podpory ÚP v Teplicích a v Ústí nad Labem, sponzorských darů od regionálních podniků a podnikatelů. Určitá finanční částka také sdružení plyne od individuálních dárců a z vlastní činnosti Fokusu - střediska Teplice (prodejem výrobků klientů z pracovních rehabilitačních programů).

3. Shrnutí teoretické části

Tato práce je zaměřena zejména na problematiku dlouhodobě duševně nemocných lidí s diagnózou schizofrenie. Zajímavé je porovnání péče o duševně nemocné v čase. Druhou kapitolu jsem věnovala komplexnějšímu popisu

onemocnění schizofrenií. Jejím příčinám a vývoji, klinickým projevům, pozitivním a negativním symptomům. Schizofrenie může začínat postupně nebo náhle, má různý průběh a varianty. Kognitivním dysfunkce nesmírně ovlivňuje kvalitu pacientova života. Je nejdůležitějším faktorem nemoci, který souvisí se sociálními dovednostmi a s možností včlenění do běžného života. Narušení kognitivních funkcí je spojováno s nepříznivou prognózou onemocnění a s neschopností pacientů vést samostatný a nezávislý život. Dále jsem se věnovala rozdělení typů schizofrenie, která je důležitá z hlediska vývoje a prognózy nemoci. V následující kapitole jsem se snažila nastínit vliv rodiny - rodinné terapie na život nemocného schizofrenií. Představila jsem možné příčiny vzniku a rozvoje této nemoci v rodinném prostředí. V následující kapitole jsem nastínila požadavky rodiny a způsob rehabilitace ve Velké Británii. Další kapitola je věnována lidským potřebám. Zmiňuji se o tom, co potřeba vlastně znamená a jaké jsou základní druhy lidských potřeb. Snažila jsem se o pohled na potřeby z psychologického a sociologického hlediska, to znamená, jak uspokojování potřeb působí na psychiku člověka a jak potřeby ovlivňují mezilidské vztahy. Dále jsem se věnovala procesu utváření sociálních potřeb. Z pohledu oboru sociální práce je znalost těchto potřeb důležitá, protože na základě poznání těchto potřeb by měli vznikat příslušné sociální služby. Další podkapitolu tvoří teorie motivace. Tuto teorii ve své práci uvádím z důvodu, že se zabývá tím, v jakém pořadí člověk své potřeby uspokojuje. Znalost této hierarchie uspokojování potřeb je důležitá při práci s lidmi a často je zdrojem pochopení určitého jednání člověka. Následující kapitola pojednává o potřebách, které mají dlouhodobě duševně nemocní lidé. Tyto potřeby nazýváme specifickými, protože u těchto lidí vznikají právě v důsledku toho, že onemocněli duševní nemocí a byli tak na určitý čas izolováni od normálního života. Jsou to ve směsi potřeby, které mají ostatní lidé běžně uspokojeny a u duševně nemocných lidí se projevují ve zvýšené míře. V této kapitole popisují potřeby podrobněji a zároveň k nim připojují popis možného uspokojování těchto potřeb. V předposlední kapitole jsem nastínila co je to psychoterapie a psychosociální rehabilitace, protože tyto léčebné metody otevírají cestu k co nejširšímu zapojení duševně nemocných osob do všech běžných společenských aktivit s maximálním důrazem na jejich sociální integraci. Základním cílem psychosociální rehabilitace musí být co nejvíce minimalizovat přímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého onemocnění. Závěrečnou kapitolu teoretické části jsem věnovala občanskému sdružení Fokus – středisko Teplice, jehož cílem je poskytovat služby dlouhodobě duševně nemocným občanům v teplickém regionu. Uvádím, jak toto občanské sdružení vzniklo. Dále se zaměřuji na služby, programy a činnosti této organizace. Považovala jsem za důležité popsat i formální strukturu tohoto sdružení, to znamená, kolik má zaměstnanců, s kým spolupracuje, kolik má v současné době klientů a jakým způsobem jsou jeho aktivity financovány.

4. Praktická část

Průzkum, který budu prezentovat v této části mé bakalářské práce, proběhl v měsíci únoru roku 2009 v Teplicích v Čechách. Konal se ve spolupráci se Sdružením pro péči o duševně nemocné - Fokus Ústí nad Labem a Fokus Ústí nad Labem - středisko Teplice - Školní 26, 415 01 Teplice, kterou jsem představila v předchozí kapitole mé bakalářské práce. Výsledky výzkumu budou použity pro účely této organizace.

4.1. Cíl praktické části

Cílem praktické části je pomocí dotazníku zjistit jaký efekt mají sociální a rehabilitační programy na návrat klienta postiženého schizofrenní poruchou do běžného života.

Cílem průzkumu bylo získat prostřednictvím výše uvedené metody:

1. Zjistit, jaké jsou reálné možnosti návratu schizofrenního pacienta do běžného života v teplickém regionu.
2. Zmapovat, které z nabízených rehabilitačních programů klienti využívají a proč.

4.2. Stanovení předpokladů

Předpoklady jsem si zvolila následující:

- Domnívám se že, sociální a rehabilitační programy mají významný vliv na sociální začlenění schizofrenního klienta do běžného života a pomáhají mu v znovuzачlenění do společnosti.
- Domnívám se, že klienti potřebují podporu v oblastech zaměstnání, bydlení, a sociálních kontaktů.

4.3. Použité metody

Ve svém průzkumu jsem použila metodu dotazníku. Pomocí této metody můžeme získat větší množství informací od většího počtu osob najednou, a to v relativně krátkém časovém úseku s dostatečnou mírou anonymity (ochrany respondenta). Metodu pomocí dotazníkového šetření považuji za nejefektivnější a nejjednodušší způsob, jak potřebná data získat. Dotazník tvoří otevřené i uzavřené otázky, na které může klient odpovídat buď jednou, nebo více možnými odpověďmi.

Dotazník jsem sestavila samostatně. V záhlaví dotazníku je stručně vysvětlen účel dotazníku. Dotazník obsahuje celkem 20 otázek, přičemž první část slouží ke zjištění obecných informací (o pohlaví, věku, vzdělání klienta). Následující otázky zjišťují

informace z oblasti zaměstnání, bydlení, sociálních kontaktů, společenského života. Poslední část je zaměřena na spolupráci klienta se střediskem.

4.4.Pilotáž

Pilotáž byla provedena se třemi náhodně vybranými klienty v teplickém středisku, kterým jsem dala dotazník k vyplnění. Pilotáží jsem zjistila, že dotazník je správně a srozumitelně vytvořený, protože se nevyskytly žádné nejasnosti a klienti dokázali po stručném vysvětlení dotazník správně vyplnit.

4.5.Účastníci výzkumu – popis zkoumaného vzorku

Průzkumu - jeho realizační části se zúčastnili klienti a pracovníci Fokusu - středisko Teplice a středisko Ústí nad Labem,

Počet respondentů celkem 40

- středisko Teplice 15 respondentů
- středisko Ústí nad Labem 25 respondentů
- ženy
- muži

2 pracovníci Fokusu

1 studentka TUL KSS

celkem: 43 osob

4.6.Průběh průzkumu

Účastníci průzkumu byli dobrovolníci, zúčastnit se výzkumu bylo dobrovolným rozhodnutím. Průzkum se prováděl pod záštitou Fokusu - střediska Teplice, který je založen na dobrovolnosti a proto nebylo možné klienty do ničeho nutit. Proto nebylo možné předem odhadnout počet zúčastněných respondentů.

4.7.Organizace sběru dat

Dotazníky v počtu 40 jsem rozdala klientům Fokusu - středisko Teplice a středisko Ústí nad Labem. Dotazníky jsem pomáhala vyplnit klientům já a dva pracovníci sdružení Fokus. Vlastní kontakt s dotazovanými zahrnoval předání dotazníku, instruktáž k jeho vyplnění a sběr dotazníku. Dotazník byl rozdáván od 25. ledna 2009 do konce února 2009 klientům Fokusu.

4.8. Statistické zpracování

Z celkového počtu 40 kusů dotazníků, které byly rozdány jednotlivým respondentům, jich ve stanovené lhůtě bylo vráceno 36. Ty byly dále postoupeny ke kontrole správnosti vyplnění. Jeden dotazník bylo nutno pro zmatečnost vyřadit, do konečného zpracování bylo použito 35 správně vyplněných dotazníků (15 Teplice, 20 Ústí nad Labem). Pro závěrečné zpracování průzkumu jsem zvolila statistické zpracování. Výsledky výzkumu byly sestaveny, v členění Teplice - Ústí nad Labem - celkem a zpracovala analýzu k jednotlivým otázkám. Tabulky jsou dále zpracovány do přehledných barevných grafů s procentními hodnotami.

4.9. Získaná data a jejich interpretace

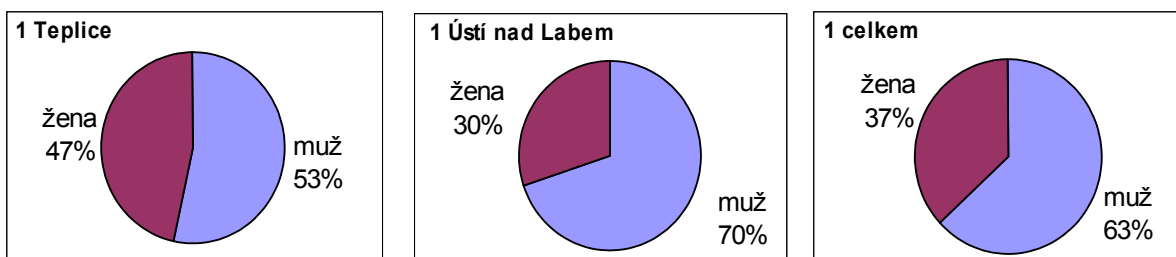
Cílem této tabulky je získat přehled základních statistických údajů a aktivit rehabilitačních programů využitých pro průzkumnou část mé bakalářské práce.

Organizace	Teplice	Ústí nad Labem
Počet evidovaných klientů	115	320
Počet aktivních klientů	30	180
Počet zaměstnanců	1,5 Plný úvazek, 2 externisti	25
Počet dobrovolníků	8	
Práce s rodinnými příslušníky	ano	ano
Terénní práce	ano	ano
Psychosociální rehabilitace	ano	ano
- individuální a skupinová terapie	ano	ano
Pracovní rehabilitace	ano	ano
- chráněné dílny	ne	ano
- kavárna	Ve fázi přípravné	ano
- vydávání časopisu	Ve fázi přípravné	ano
Sociální rehabilitace	ano	ano
- finanční program	ano	ano
- komunikační program	ano	ano
- hygienický program	ano	ano
Zájmové, sportovní, vzdělávací aktivity	ano	ano

5. Grafické zpracování

Statistické vyhodnocení dotazníků - komparace Teplice - Ústí nad Labem.
Procentuální srovnání a vyhodnocení možných hypotéz.

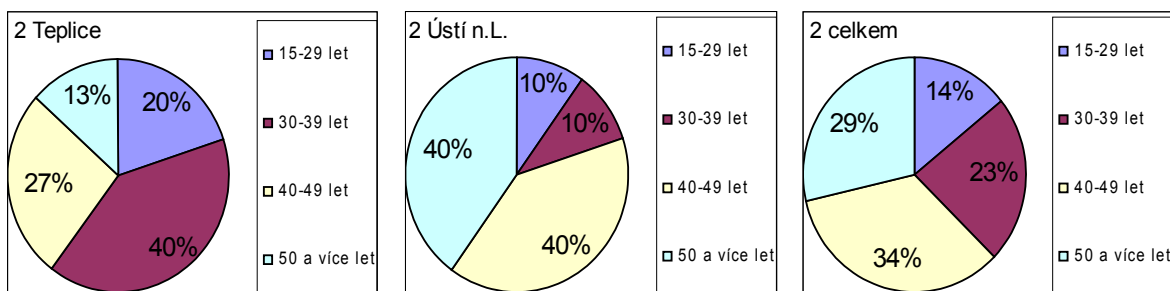
Graf č.1: Zastoupení klientů podle pohlaví



Z grafu č. 1 můžeme usuzovat, že klientek schizofreniček je zastoupeno ve Fokusu méně než mužů. V Teplicích je poměr mezi muži a ženami poměrně vyrovnaný. V Ústí nad Labem je poměr mezi muži a ženami značně rozdílný. Celkový pohled udává, že ženy jsou v zastoupení ve 37 % a muži v 63 %. Poměr mezi ženami a muži je tedy nevyrovnaný.

Dotazníky vyplňovali klienti na základě dobrovolnosti – tedy aktivnější. V Ústí výrazně, v Teplicích mírně převažují muži - je možno opatrně vyvodit, že u mužů je o aktivitu větší zájem. Dále nebyl průzkum z genderového hlediska sledován.

Graf č. 2: Patříte do věkové kategorie

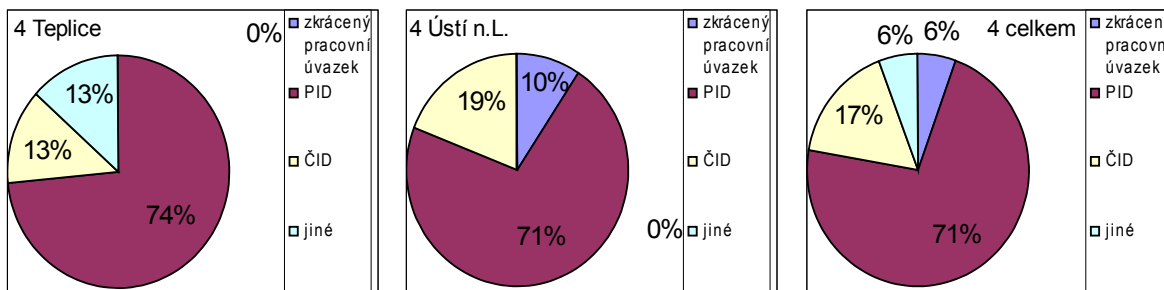


Z grafu č. 2 můžeme usuzovat, že věkové rozložení v Teplicích a v Ústí je nesourodé. V Teplicích je většina klientů ve věku 30-39 let. Naopak nejpočetněji je v Ústí zastoupena klientela ve věku nad 40 let.

Když se podíváme na celkový přehled tak nejpočetnější skupinou 63 % jsou klienti starší 40 let. Z 23 % jsou klienti ve věku 30-39 let a 14 % jsou klienti ve věku 15-29 let. Klienti, kteří navštěvují Fokus, jsou tedy spíše lidé starší věkové kategorie. V celkovém

přehledu jsou jednotlivé kategorie poměrně vyrovnané se zvětšujícím se počtem ve vyšších věkových kategoriích. Onemocnění schizofrenií je věkově různé, například u paranoidní schizofrenie je možný vznik až okolo 40 roku. Hebefrenní schizofrenie je typická tím, že vzniká v období adolescence.

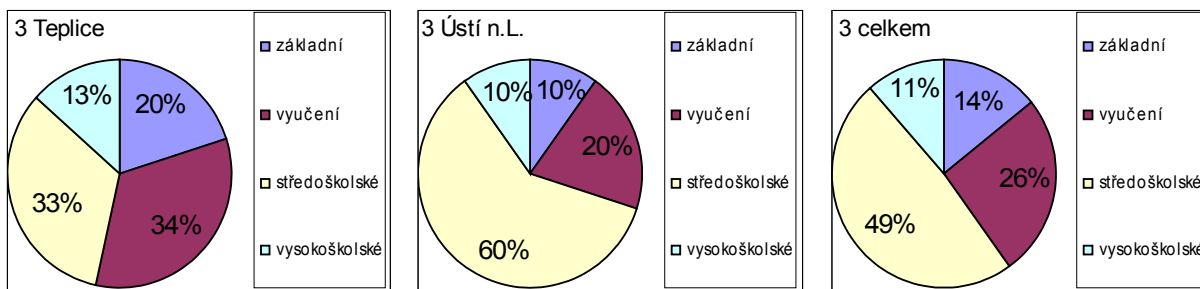
Graf č. 3: *Vzdělání*



Z grafu č. 3 můžeme usuzovat, že v Teplicích je nejvíce klientů, kteří jsou vyučení nebo mají středoškolské vzdělání. 20% klientů má základním vzděláním a 13% tvoří vysokoškoláci. Naopak v Ústí je 60% zastoupeno středoškoláků, z 20% vyučení klienti, z 10% vysokoškoláci a 10% klienti se základním vzděláním.

Počet klientů se středoškolským vzděláním a vyučených vysoko převyšuje počet klientů se základním a vysokoškolským vzděláním. Vzhledem k množství vysokoškoláků v celkové populaci je ale zastoupení vysokoškoláků vysoké. Naopak, zastoupení klientů se základním vzděláním se jeví jako nízké.

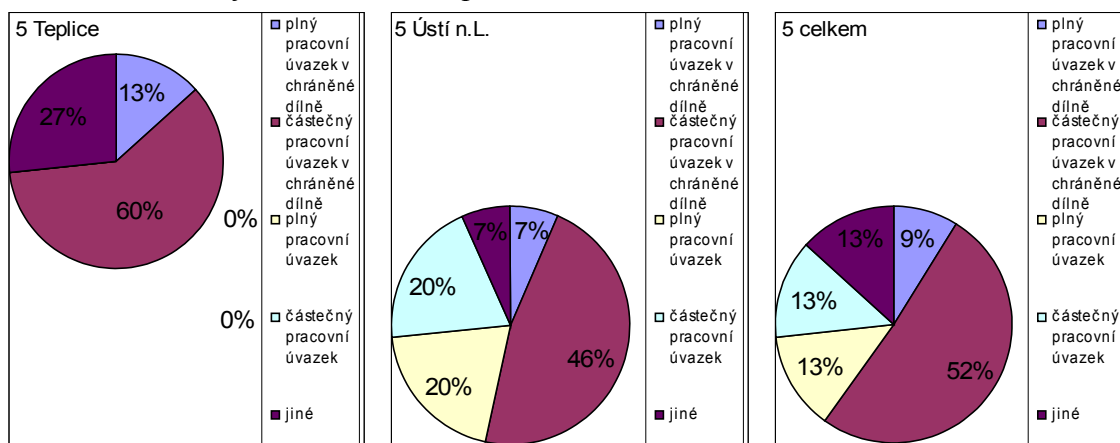
Graf č. 4: *Zaměstnání*



Z grafu č. 4 můžeme usuzovat, že klienti teplického i ústeckého Fokusu jsou v 71 % v plném invalidním důchodu, 17 % jsou klienti v částečném invalidním důchodu, 6 % klientů pracuje na částečný úvazek. Celkem můžeme konstatovat, že plných 88 % klientů z Fokusu je v invalidním důchodu.

Na vznik specifických potřeb má vliv většinová invalidizace duševně nemocných. Ta má za následek deficit normálního uspokojování potřeb a vznik specifických potřeb. Tím, že člověk dostane invalidní důchod, se sice může dostavit úleva a i částečné vyřešení problémů, zejména v ekonomické oblasti, ale nese s sebou i frustraci sociálních potřeb, pocity vyřazení, ponížení, potvrzení vlastní neschopnosti, posunu sebehodnocení negativním směrem.

Graf č. 5: Máte zájem zařadit se do práce?



Z grafu č. 5 můžeme usuzovat, že klienti v teplickém Fokusu by rádi pracovali na částečný pracovní úvazek v chráněné dílně z 60 % nebo na plný pracovní úvazek v chráněné dílně z 13 %. Klienti teplického Fokusu zájem o práci mají. Netroufají si na hlavní pracovní poměr apod. Ale pravidelně docházet do chráněných dílen je pro ně vhodný kompromis. Pocity vyřazení nebo pocity vlastní neschopnosti by tímto řešením mohly být redukovány. Tepličtí klienti z 27 % uvedli jinou variantu (5 klientů uvedlo svépomocné skupiny SELF-HELP).

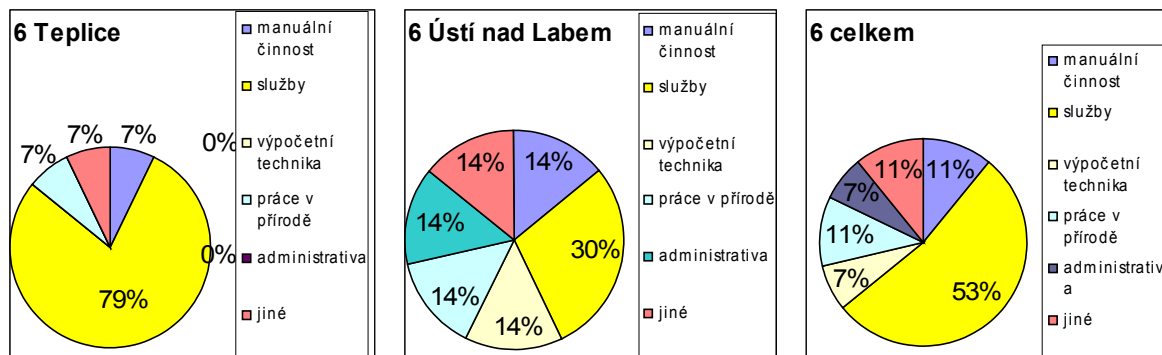
Klienti ústeckého Fokusu by rádi z 46 % pracovali na částečný pracovní úvazek v chráněných dílnách, 7 % klientů dalo přednost plnému pracovnímu úvazku v chráněných dílnách, 20 % klientů by chtělo práci na plný úvazek v hlavním pracovním poměru. 20 % klientů by chtělo pracovat na částečný pracovní úvazek v pracovním poměru.

Celkem 61 % klientů by rádo pracovalo v chráněných dílnách. Ve vyrovnaném počtu 13 % klienti uvedli - plný pracovní úvazek v pracovním poměru, částečný pracovní úvazek v pracovním poměru, jiná varianta (svěpomocné skupiny).

Největší zájem je o chráněné dílny a v nich práce na zkrácený úvazek. Je možno předpokládat, že je to ovlivněno záporným sebehodnocením klientů. Všichni dotazovaní klienti z teplického i ústeckého Fokusu projeví zájem o práci. Nemocný schizofrenií tráví volný čas mnohdy nečinně. Často jim činí potíže strukturovat si svůj den, což

prohlubuje jejich znevýhodnění v psychosociální oblasti. Denní docházení do chráněných dílen by mohlo být pro klienty vhodnou psychorehabilitací a zároveň vylepšením ekonomické situace.

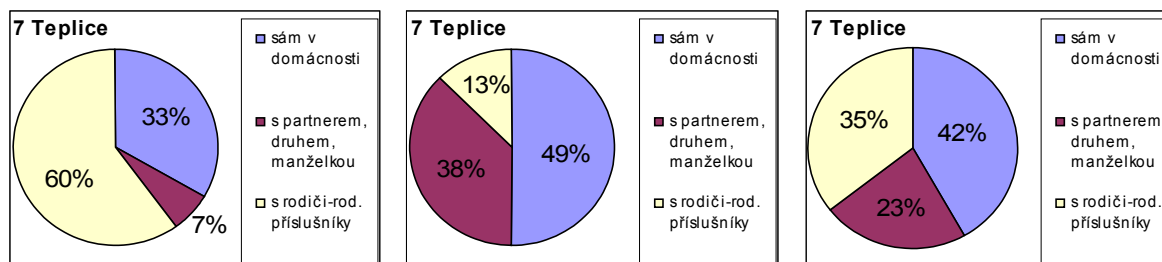
Graf č. 6: V jakém pracovním odvětví byste rád pracoval?



Z grafu č. 6 můžeme usuzovat, že klienti v teplickém Fokusu by ze 79 % rádi pracovali ve službách tedy v gastronomii, obchodu. V jarních měsících se pro klienty teplického Fokusu bude otvírat chráněná dílna v podobě kavárny, kde klienti budou pracovat. Ve stejném počtu 7 % klienti uvedli, že by chtěli pracovat v přírodě (lesnictví, zahradnictví), dále manuální činnosti (práce se dřevem, sklem, keramikou, textilem aj.), zbytek klientů uvedl jinou variantu. Klienti z ústeckého Fokusu práci ve službách upřednostňují z 30 %. Následně ve stejném počtu 14 %, klienti uvádí: práce s výpočetní technikou, práce v přírodě, práce v administrativě, manuální činnosti, jiná varianta.

V Teplicích vysoko převažuje zájem o práci ve službách, v Ústí je zájem rozložen rovnoměrně na všechny pracovní činnosti. Je možno soudit, že práce ve službách je nejbližší představě klientů o práci. Nelze vyloučit, že vysoké procento zájmu o služby v Teplicích je způsobeno očekáváním otevření kavárny při centru, tedy reálností zaměstnání. Potřeba činnosti, změny, novosti podniků se projevuje skutečně mnohotvárně. Sílu a existenci potřeb lze dokázat, když je člověku znemožněno vykonávat jakoukoliv činnost v důsledku vážného onemocnění, třeba jen přechodně. Potřeba činnosti se projevuje radostí z realizace činnosti samotné, bez ohledu na její výsledek.

Graf č. 7: Bydlení



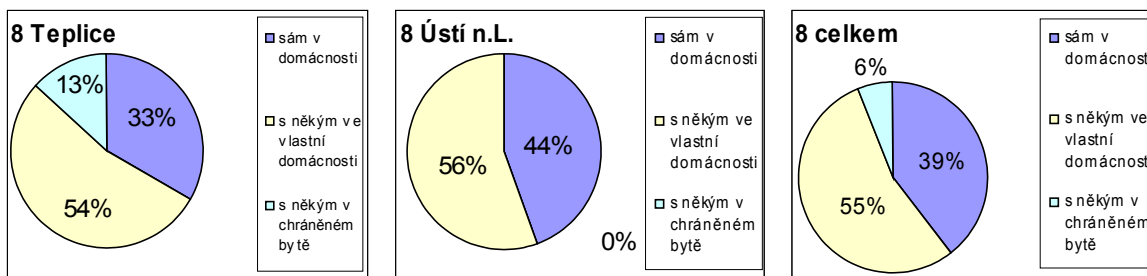
Z grafu č. 7 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích z 60 % žijí s rodiči nebo rodinnými příslušníky. Rodina představuje pro pacienta přirozený podpůrný systém, poskytuje mu pocit zájmu a oporu. Pacient, který v důsledku nemoci přišel o mnohé sociální dovednosti, se je v rodinném podpůrném prostředí snáze naučí. 33 % klientů žije samo v domácnosti a 7 % žije s partnerem, manželem, manželkou. Z toho vyplývá, že tepličtí klienti z 93 % žijí bez partnera, manžela, manželky.

Ústečtí klienti jen z 13 % žijí s rodiči nebo rodinnými příslušníky, ale naopak 38 % klientů žije s partnerem, manželem, manželkou. 49% klientů žije samo v domácnosti. Opět převažují klienti bez partnera (62 %).

Celkový pohled nám ukazuje, že 42 % klientů žije samo v domácnosti, 35 % klientů žije s rodiči nebo rodinnými příslušníky. Tedy 77 % klientů žije bez partnera a jen 23 % klientů žije s partnerem, manželem, manželkou.

Potřeba sociální interakce je v lidském chování vyjádřena osobními vztahy s lidmi, s partnerem, se členy rodiny, s kamarády. Projevuje se jak přijímáním citových projevů od druhých, tak i dáváním, opětováním citů. Potřeba kontaktu (stýkat se s druhými) a potřeba lásky (milovat a být milován) je z mého pohledu velmi důležitou součástí života každého z nás. Pro klienty, kteří žijí sami v domácnosti potřeba sociální interakce, kontaktu a lásky je stejně intenzivní, ale možnosti uspokojení jsou značně omezené. Tento fakt může mít vliv na spokojenost klientů a kvalitu jejich života.

Graf č. 8: *Jak byste chtěl/chtěla bydlet?*



Z grafu č. 8 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích v 54 % by rádi bydleli s někým ve vlastní domácnosti. 33 % klientů by rádo bydlelo samo. A 13 % klientů by chtělo bydlit v chráněném bytě s někým. Tedy 67 % klientů by rádo bydlelo s někým.

Ústečtí klienti by z 56 % rádi bydleli s někým ve vlastní domácnosti. 44 % klientů uvedlo, že by rádi bydleli sami v domácnosti.

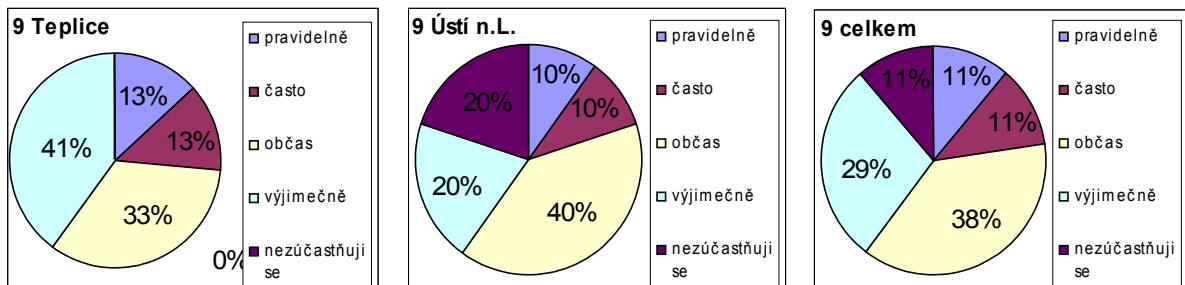
Celkově 61 % klientů chce žít s někým v domácnosti a 39 % dává přednost bydlení o samotě. O chráněný byt je malý zájem. Možná i proto, že si pod tímto pojmem klienti neumí nic konkrétního představit. Tato kategorie bydlení se v oblasti nevyskytuje.

Při srovnání s grafem č.7 zcela vypadla kategorie bydlení s rodiči při současném nárůstu přání žít s partnerem ve vlastním bytě. Zastoupení klientů, kteří chtějí žít sami, zůstává nezměněno a je poměrně vysoké. Nemocní schizofrenií mohou být bez zájmu o cokoliv, tráví celé dny v nečinnosti. Bývají apatičtí a autističtí, uzavírají se do sebe a izolují se od společnosti.

Graf koresponduje s grafem č.10 – prakticky stejné procento klientů má přání zúčastňovat se kulturních akcí samostatně, volněji koresponduje s grafem č.11 – stýkání se pouze s lidmi ze střediska (úzký okruh styků).

Duševně nemocný člověk, který se díky své nemoci opakovaně vrací do nemocničního zařízení, často postrádá vnitřní možnosti a dovednosti, které by mu umožnily žít nezávisle. V našich podmínkách de facto existují dvě alternativy - pobyt v nemocnici, nebo v domácím prostředí, které často přispívá k relapsu nemoci.

Graf č. 9: V jaké frekvenci se zúčastňujete kulturních akcí?



Z grafu č. 9 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích se kulturních akcí zúčastňují jen výjimečně, tuto informaci uvedlo 41 % klientů. 33 % odpovědělo, že kulturní akce navštěvují jen občas, 13 % je častým účastníkem, stejný počet – 13 % - je pravidelným účastníkem kulturních akcí. Tedy shrnuto 3/4 teplických klientů se kulturních akcí zúčastňuje ojediněle, 26 % klientů vede poměrně živý kulturní život.

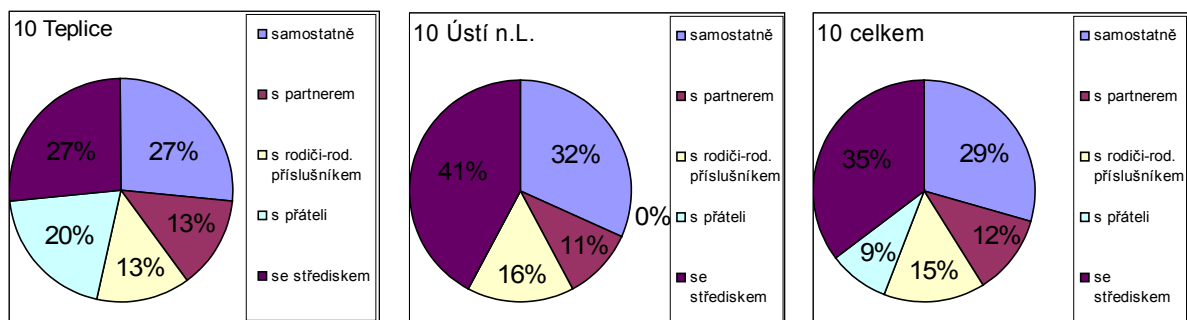
Ústečtí klienti ze 40 % navštěvují kulturní akce občas, 20 % výjimečně, 20 % se nezúčastňuje vůbec. Tedy 80 % klientů nežije aktivní kulturní život. Zde shledáváme určitou podobnost s klienty z teplického Fokusu. 10% klientů navštěvuje kulturní akce často a 10 % klientů pravidelně.

Shrnuto 78 % klientů žije spíše pasivním kulturním životem a jen 22 % klientů se aktivně zúčastňuje kulturních akcí.

Častá sociální izolace duševně nemocných klientů s sebou přináší i snížení schopností účastnit se života v širší společnosti. Ubývá tak často zážitků, které obohacují

život člověka. U klientů tak vzniká často potřeba podpory v organizaci dovolené, výletů, návštěvy kina, divadla, kavárny, restaurace a jiné. Práce s duševně nemocnými klienty je tedy dlouhodobou záležitostí, jejímž stěžejním bodem je sociální a pracovní rehabilitace obnovující a upevňující schopnost nemocných žít mezi ostatními lidmi mimo nemocniční zařízení.

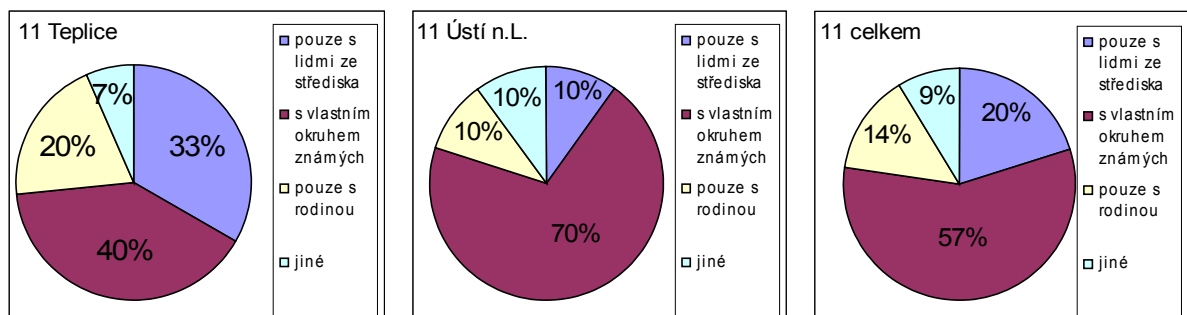
Graf č. 10: S kým nejčastěji navštěvujete kulturní akce?



V Teplicích jsou návštěvy kulturních akcí v jednotlivých kategoriích vyrovnané, v Ústí převažuje účast na akcích střediska. Celkově využívá akcí střediska třetina dotázaných. Procento klientů, kteří chodí na akce samostatně, koresponduje s grafy č.7 a 8. Na otázku odpověděli i klienti, kteří uvedli, že se kulturních akcí nezúčastňují (graf č.9).

Shrnuto 71 % klientů navštěvuje kulturní akce v doprovodu, 29 % klientů samostatně.

Graf č. 11: Stýkáte se

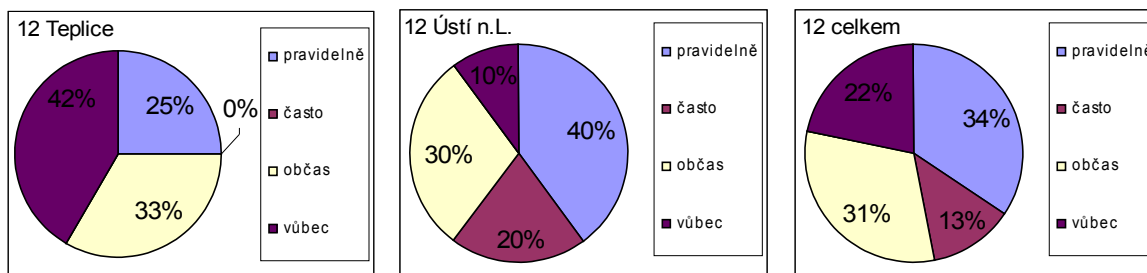


Z grafu č. 11 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích se ze 40 % stýkají s vlastním okruhem známých. Ze 33 % se klienti stýkají s lidmi jen ze střediska a 20 % klientů se stýká jen s rodinou.

Ústečtí klienti uvedli, že se v 70 % stýkají s vlastním okruhem známých. 10 % uvedlo, že se stýká jen s lidmi ze střediska, stejný počet klientů se stýká pouze s rodinou.

Celkem tedy shrnuto 57 % klientů má svůj okruh známých, což může být dobrým ukazatelem v oblasti navazování sociálních kontaktů. 20 % klientů se stýká jen s lidmi ze střediska - můžeme se domnívat, že jde o klienty, pro které je Fokus jediným zdrojem sociální komunikace a navazování sociálních kontaktů. 14 % klientů se stýká pouze se svou rodinou, kde se může cítit nejbezpečněji. 9 % uvedlo jinou variantu. Kategorie „s přáteli“ zcela vypadla v Ústí nad Labem. Z otázky „s kým navštěvujete kulturní akce“ – graf č.10 – je možno vyčíst, že jen 12 % dotázaných má přátele.

Graf č. 12: *Využíváte pracovní program ve vašem středisku?*



Z grafu č. 12 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích se příliš nezúčastňují pracovního programu. 42 % uvedlo, že tento program nenavštěvuje vůbec a 33 % klientů jen občas. Tedy tři čtvrtiny klientů nevyužívá příliš tento program. Ovšem 25 % klientů pracovní program navštěvuje pravidelně.

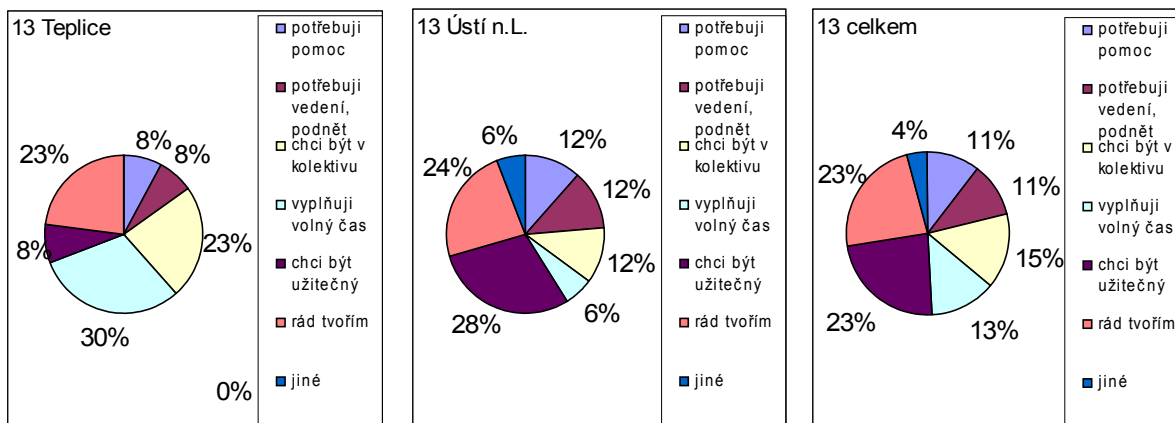
Ústečtí klienti naopak ze 40 % navštěvují pracovní program pravidelně a z 20 % často. Můžeme tedy říci, že klienti ústeckého Fokusu se pracovního programu účastní aktivně. 30 % klientů se zúčastňuje pracovního programu občas a 10 % vůbec.

Shrnuto celkem 78 % klientů navštěvuje aktivně pracovní program a 22 % klientů nenavštěvuje pracovní program vůbec. V porovnání s grafem číslo 6, kde vidíme, že všichni klienti měli zájem o práci, můžeme usuzovat, že pracovní rehabilitace v Teplicích nenabízí takové možnosti pro klienty, aby tuto potřebu mohli uspokojovat. Chráněné dílny v Teplicích nejsou, ale v budoucnu se chystá jejich otevření. Včetně zmiňované kavárny, kde klienti mají zájem o práci.

Pracovní programy jsou pro klienty důležité. Princip léčby prací spočívá v tom, dát nemocnému činnost tělesnou i duševní, aby se mohl odpoutat od svých utkvělých myšlenek a bludů, aby opět získal zájem o reálnou skutečnost a aby mu byla dána možnost pocítit radost a uspokojení z vykonané práce a z osobní samostatnosti a

nezávislosti. Zaměstnávání duševně nemocných lidí mělo vždy příznivý vliv na jejich zdravotní stav.

Graf č. 13: V čem shledáváte význam pracovního programu pro Vás samotného?



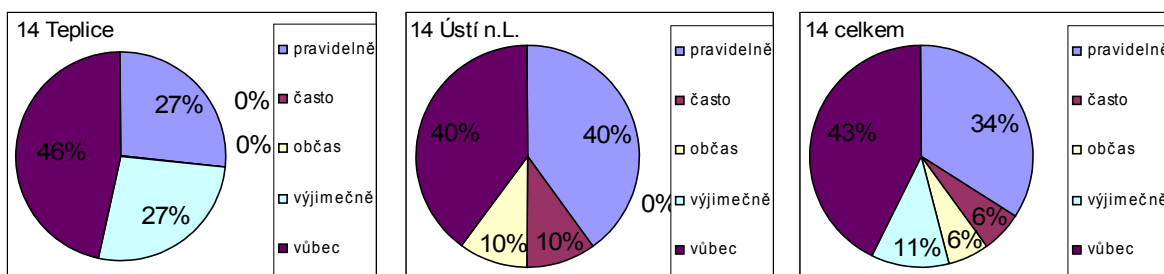
Z grafu č. 13 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích shledávají význam pracovního programu ze 30 % v tom, že vyplňují svůj volný čas. 23 % shledává význam tohoto programu v tom, že může být v kolektivu mezi svými. Stejný počet klientů 23 % se shodlo na tom, že význam pracovního programu pro ně samotné je v tom, že rádi tvoří. 8 % klientů potřebuje vedení, podnět k činnosti, 8 % klientů chce být užitečných.

Ústečtí klienti se 28 % shodli v tom, že chtějí být užiteční. 24 % klientů rádo tvoří a to jim pracovní program umožňuje. Ve 12 % klienti potřebují pomoc, ve stejném počtu klienti uvádějí, že potřebují vedení a podnět k práci a 12 % klientů uvedlo, že chce být v kolektivu, 6 % uvedlo, že vyplňují svůj volný čas.

Celkem shrnuto význam pracovního programu je pro klienty různý. Každý si v něm nachází cosi svého, co ho motivuje k realizaci pracovního programu. Předchozí graf č. 12 nám ukazuje, že 78% klientů navštěvuje aktivně pracovní program. Z mého pohledu je právě tato činnost pro klienty klíčová a ve svém procesu komplexní.

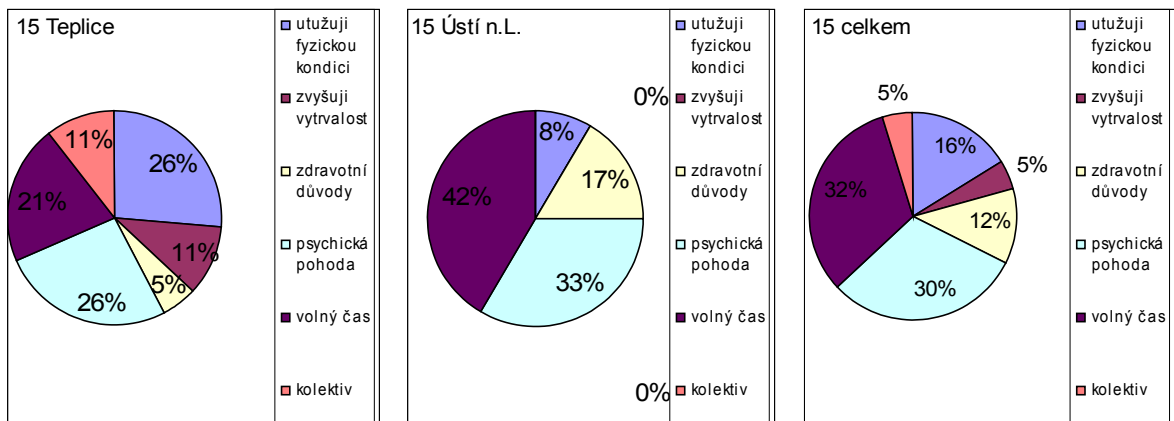
Na otázku odpovídali i klienti, kteří se pracovního programu nezúčastňují.

Graf č. 14: Využíváte sportovní program ve vašem středisku?



V Teplicích i v Ústí nevyužívá sportovní program přes 40 % klientů. Přitom ale 27 % v Teplicích a 50 % v Ústí velmi aktivně (pravidelně a často).

Graf č. 15: V čem shledáváte význam sportovního programu pro Vás samotného?

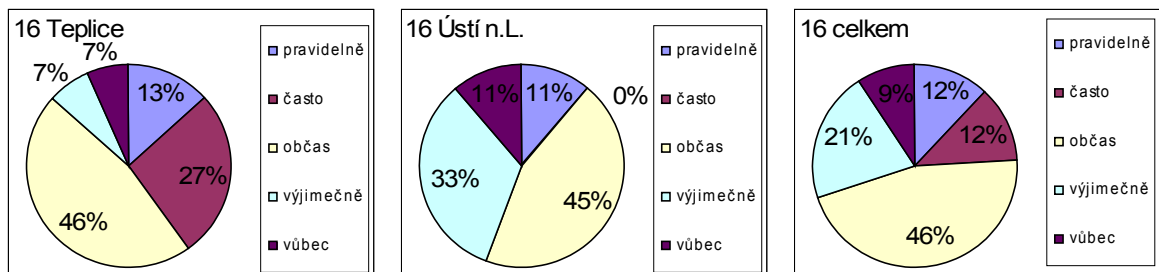


Z grafu č. 15 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích z 21 % vidí význam sportovního programu ve vyplnění volného času. 26 % klientů se domnívá, že sportovní program utůžuje fyzickou kondici a stejný počet klientů spatřuje význam v psychické pohodě, kterou jim přináší sportovní program. 11 % klientů zvyšuje vytrvalost a taktěž 11 % klientů chce být v kolektivu. Sportovní program navštřevuje 5 % klientů ze zdravotních důvodů.

Ústečtí klienti ze 42 % vyplňují volný čas, 33 % klientů shledává význam v psychické pohodě, kterou jim přináší sportovní program. 17 % klientů je motivováno zdravotními důvody. 8 % utůžuje fyzickou kondici.

Na otázku odpovídali i klienti, kteří sportovní program nevyužívají. Většina klientů navštřevuje sportovní program pro vyplnění volného času a pro psychickou pohodu.

Graf č. 16: Využíváte zájmově - vzdělávací program?

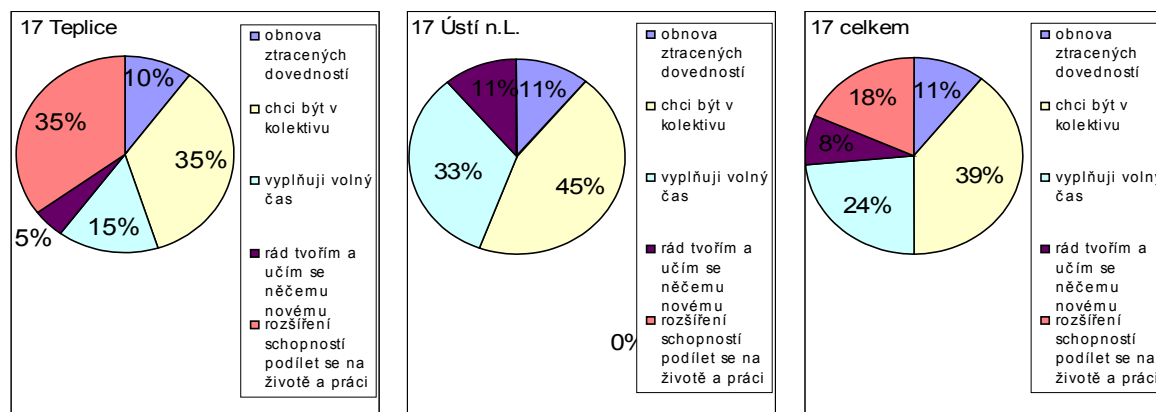


Z grafu č. 16 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích navštěvují tento program ze 40 % pravidelně a často, 46 % klientů navštěvuje zájmově-vzdělávací program jen občas a 14 % klientů navštíví tento program výjimečně nebo vůbec.

Ústečtí klienti navštěvují tento program z 11 % pravidelně, 45 % klientů navštíví tento program občas a 44 % klientů výjimečně nebo vůbec.

Celkem shrnuto zájmově-vzdělávací program navštěvují klienti z 24 % velmi aktivně, 46 % aktivně a 30 % výjimečně nebo vůbec. Při srovnání s grafy č.12 a 14 je tento program nejvyhledávanější.

Graf č. 17: V čem shledáváte význam zájmově-vzdělávacího programu pro Vás samotného?

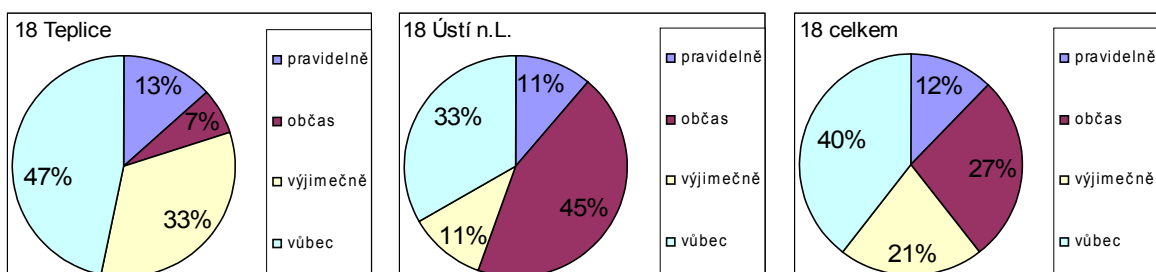


Z grafu č. 17 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích ze 40 % navštěvují tento program pro vyplnění volného času a kvůli kolektivu, 40 % rádo tvoří a rozšiřuje svoje schopnosti, 10 % obnovuje ztracené schopnosti.

Ústečtí klienti ze 78 % navštěvují tento program pro vyplnění volného času a kvůli kolektivu, 40 % rádo tvoří, 11 % obnovuje ztracené schopnosti.

Shrnuto celkem 63 % klientů význam zájmově-vzdělávacího programu vidí hlavně v tom, že mohou být v kolektivu a vyplňují čas. 29 % klientů shledává význam tohoto programu v rozšíření a obnovení svých schopností a 8 % klientů rádo tvoří a učí se něčemu novému.

Graf č. 18: Využíváte služeb terénního pracovníka

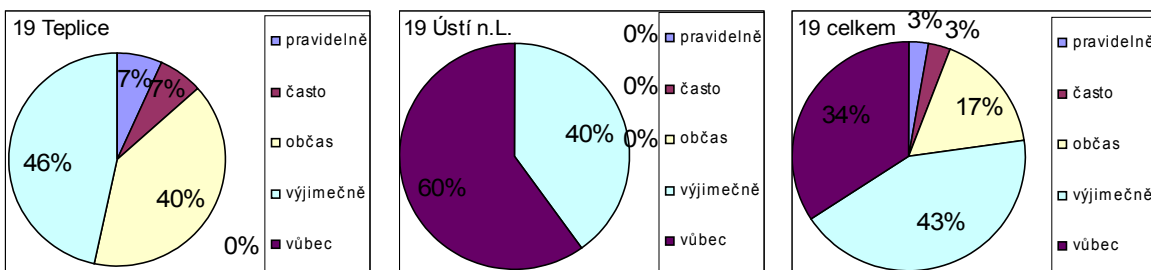


Z grafu č. 18 můžeme usuzovat, že klienti v Teplicích z 80 % nevyužívají služeb terénního pracovníka vůbec nebo výjimečně. 7 % klientů jen občas a 13 % klientů využívá služeb terénního pracovníka pravidelně.

Ústečtí klienti využívají služeb terénního pracovníka ze 45 % občas. Z 33 % vůbec, z 11 % výjimečně. 11 % klientů využívá tuto službu pravidelně.

Celkem shrnuto 6 1% klientů nevyužívá tuto službu téměř vůbec. 27 % klientů využije tuto službu občas a 12 % využívá služeb terénního pracovníka pravidelně. Důvodem, proč poměrně velký počet klientů nevyužívá služeb terénního pracovníka, může být společné bydlení s rodiči nebo s partnerem (58 %). Přesto je nápadný značný rozdíl mezi Teplicemi a Ústím. Je pravděpodobné, že malé využívání těchto služeb v Teplicích je způsobeno nízkým počtem terénních pracovníků (finančních prostředků).

Graf č. 19: Zúčastňují se Vaši rodiče – rodinní příslušníci aktivit ve středisku?

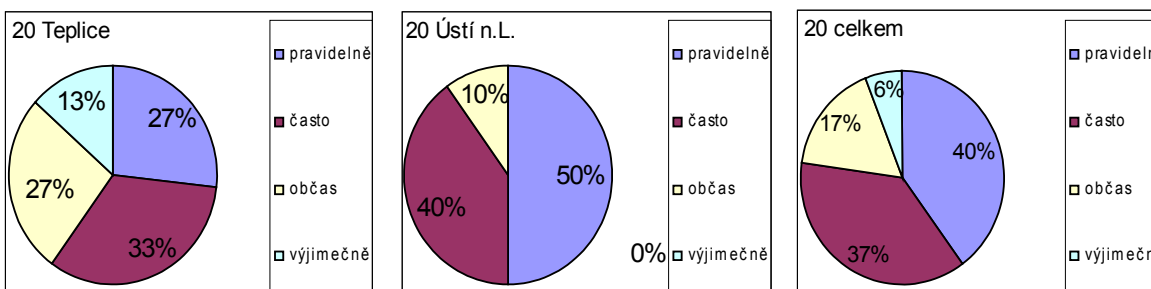


Pravidelně nebo často se v Teplicích zúčastňuje aktivit střediska 14 % rodinných příslušníků, občas 40 %, výjimečně 46 %.

Ústečtí rodinní příslušníci se aktivit střediska prakticky nezúčastňují.

Celkem shrnuto: 77 % rodinných příslušníků se nezúčastňuje vůbec nebo jen výjimečně, 17 % se účastní občas, 6 % rodinných příslušníků se účastní aktivit ve středisku pravidelně nebo často.

Graf č. 20: Jak často navštěvujete Vaše středisko?



Z grafu č. 20 můžeme usuzovat, že v Teplicích klienti z 60 % navštěvují středisko pravidelně nebo často, 27 % klientů navštíví Fokus občas a 13 % výjimečně.

Ústečtí klienti navštěvují Fokus pravidelně nebo často z 90 %, 10 % klientů navštíví Fokus občas.

Celkem shrnuto 77 % klientů navštěvuje Fokus pravidelně nebo často. 17 % klientů navštíví Fokus občas a 6 % výjimečně.

6. Výsledky průzkumu souhrnně

Účast klientů na vyplňování dotazníků byla dobrovolná, průzkum je tedy omezen na aktivnější návštěvníky středisek. Je nutno ovšem vzít v úvahu, že už samotná návštěva střediska vyžaduje určitý stupeň aktivity. Pro některá porovnání by bylo vhodné znát úplná statistická data středisek, což ale naráží na střet s ochranou osobnosti (střediska je nesmějí shromažďovat ani poskytovat druhé osobě).

Střediska navštěvuje více mužů než žen. Z hlediska dosaženého stupně vzdělání převažují středoškoláci a vyučení. Vysokoškolsky vzdělaných klientů je víc, než by se předpokládalo, klientů se základním vzděláním méně. Většina klientů (3/4) je v plném invalidním důchodu. Do práce má zájem zařadit se 100 % dotázaných, největší zájem je o chráněné dílny se zkráceným pracovním úvazkem ve službách. Reálná možnost pracovního úvazku zvyšuje zájem o pracovní činnost (graf č.16 – Teplice). Vysoké procento klientů bydlí samo ve vlastní domácnosti. Tento stav klienti nechtějí měnit. Sklony k separaci je možno vysledovat u všech sledovaných činností. Bydlení s rodinnými příslušníky by všichni klienti vyměnili za bydlení s partnerem. Zájem klientů o chráněné bydlení je poměrně nízký, ale může to být způsobeno např. neinformovaností o tomto typu bydlení, nebo vědomím, že v oblasti tento typ bydlení není ani se neplánuje. Tři čtvrtiny klientů mají velmi omezený okruh styků (stýkají se jen s lidmi ve středisku nebo s vlastním okruhem známých). Kulturního života se zúčastňuje velmi aktivně 22 % klientů, shodně v obou střediscích. Pracovního programu ve středisku se pravidelně nebo často zúčastňuje 47 % klientů, v Teplicích pouze 25 %. V Ústí nad Labem díky chráněným dílnám mohou klienti pracovní rehabilitaci navštěvovat aktivněji. Teplice jsou v tomto směru omezenější. Sportovní program využívá pravidelně nebo často 40 % klientů, v Teplicích opět pouze 27 %. Zájmově-vzdělávací program navštěvuje pravidelně nebo často 24 % klientů, v Teplicích 40 %. Vyšší aktivní účast v Teplicích na zájmově-vzdělávacím programu může být dána absencí pracovního programu. Programů se klienti zúčastňují z cca 30 % pro naplnění času nebo potřeby být v kolektivu. Na otázky po významu jednotlivých činností odpovídali i klienti, kteří uvádějí, že se činnostmi nezúčastňují. Je možné, že si klienti

uvědomují, že by se zúčastňovat měli, že je to pro ně důležité. Služeb terénního pracovníka využívá 37 % klientů pravidelně nebo občas, vůbec ho nevyužívá 40% klientů. Nízké využívání této služby v Teplicích je přímo závislá na nízkém počtu terénních pracovníků. Rodinní příslušníci se zúčastňují akcí středisek minimálně (v Teplicích 14 %, v Ústí výjimečně nebo vůbec). Na kulturní akce chodí s rodinnými příslušníky 15 % klientů (shodně v obou střediscích). Plných 77 % klientů navštěvuje středisko pravidelně nebo často, v Ústí 90 %, v Teplicích 60 %. 13 % klientů v Teplicích uvádí pouze výjimečné návštěvy.

7. Shrnutí, diskuse a navrhovaná opatření

Historický vývoj názorů na duševní choroby a jejich léčení je nejen zajímavý pohled do historie schizofrenie obecně, ale může to být i důležitý zdroj při hledání cesty k poznávání tohoto onemocnění. Léčení této nemoci prošlo dlouhým vývojem, který byl podstatný pro to, abychom se dnes dokázali o tyto lidi postarat a všemi možnými prostředky zvyšovat kvalitu jejich života.

Pokud chceme nemocnému pomoci, musíme znát co nejdůkladněji jeho nemoc. Znat možné reakce schizofrenních pacientů a být si vědom toho, co nemocného k jeho reakcím vede. Existují různé typy tohoto onemocnění. Každý druh schizofrenie je v něčem charakteristický a musíme tomu přizpůsobit jak komunikaci s nemocným, tak i zvolit vhodný rehabilitační přístup. Schizofrenie je velmi závažná duševní nemoc a přístup k těmto pacientům má svá specifika. Klinické projevy této nemoci také mohou být velmi různorodé. Kognitivní funkce pacienta mají zásadní vliv na chování a prožívání. Vnímání a myšlení je důležitým ukazatelem i pro vývoj nemoci. Kognitivní dysfunkce je hlavní příčinou obtíží nemocných v sociální a pracovní adaptaci. Podstatnou měrou se podílí na přímých i nepřímých nákladech na péči o tyto nemocné. Sociální fungování a kvalitu života lze ovlivnit zlepšením kognitivních funkcí. Snížení kognitivního poškození může pacientům pomoci ve znovuzapojení do běžného života a umožnit jim vést plnohodnotný život.

Schizofrenie je nemoc, zasahující do života celé pacientovy rodiny. Cílem dlouhodobé léčby je prevence relapsů a rozvoje negativní schizofrenní symptomatologie. Rodinné prostředí schizofrenního pacienta je podstatné jak z hlediska vývoje a průběhu jeho nemoci, tak i z hlediska následné léčby a znovuzapojení nemocného do běžného života. Zajímavým zjištěním v rodinách schizofreniků jsou určité ukazatele v podobě dvojné vazby, nezralosti rodičů, pokřiveného manželského vztahu, manželského rozkolu, emočního odstupu a tzv. pseudovzájemnosti. Skupinová rodinná psychoedukace zvyšuje kvalitu života přinejmenším dvěma způsoby nepřímo tím, že dojde ke zmírnění symptomů v důsledku snížení napětí v rodině a přímo tím, že selepší spokojenost pacientů i příbuzných. Psychoedukace tedy není primárně

zaměřená jen na problémy a symptomy pacienta, ale pomáhá zmírnit zátěž, kterou nemoc představuje pro celou rodinu.

Zkušenosti organizace péče o duševně nemocné můžeme čerpat v zahraničí. Sociální zajištění duševně nemocných ve Velké Británii je vyspělejší než v zemích bývalého komunistického režimu. V České republice po roce 1989 došlo, tak jako ve všech oblastech zdravotního postižení, k zásadním změnám v péči o duševně nemocné. Rok 1989 bychom mohli nazvat historickým momentem pro takto nemocné, jelikož vznikla celá řada nestátní (mimozdravotní) péče v podobě různých nadací, charit či občanských sdružení. V současnosti je v celé České republice nestátních organizací pro duševně nemocné pouze několik, uvádí se sedm, z toho v Severních Čechách tři.

Jednou z nich je Fokus v Liberci, druhou organizací je Fokus v Ústí nad Labem, třetí organizací je Fokus - středisko Teplice.

Středisko v Ústí je oproti Teplickému středisku vyvinutější, má širší možnosti. Fokus v Ústí nad Labem má podporu města tedy více peněz pro realizaci a rozvoj střediska. Finanční podpora otvírá Fokusu širokou paletu možností pro rehabilitaci klientů. Při srovnání se jeví, že klienti ze střediska Ústí jsou aktivnější, samostatnější než klienti v Teplicích. Z grafu č. 6 vidíme, že klienti ze střediska Ústí mají zájem zařadit se i do běžného (plného pracovního poměru) pracovního procesu. Ve srovnání s Teplicemi ani jeden z klientů tuto možnost neuvedl. Klienti z Ústí mají možnost navštěvovat chráněné dílny (zahradní, šicí, tvořivá, prádelna, kuchyně, kavárna, vydavatelství časopisu atd...) tedy můžeme předpokládat, že pracovní programy, které realizuje středisko Ústí, mohou mít vliv na dovednosti, motivaci a aktivitu klienta v jeho běžném životě. Ve středisku Ústí je také zajímavý velmi různorodý zájem o pracovní odvětví.

Vzhlednutím do problematiky lidských potřeb obecně se dále práce zaměřuje na specifické potřeby klientů s duševním onemocněním. Potřeby nazýváme specifickými, protože u těchto lidí vznikají právě v důsledku toho, že onemocněli duševní nemocí, a byli tak na určitý čas izolováni od normálního života. Jsou to vesměs potřeby, které mají ostatní lidé běžně uspokojeny a u duševně nemocných lidí se projevují ve zvýšené míře. Z pohledu oboru sociální práce je znalost těchto potřeb důležitá, protože na základě poznání těchto potřeb by měly vznikat příslušné sociální služby. Krátce se zabývám teorií motivace, kterou ve své práci uvádím z důvodů hierarchie uspokojování potřeb. Znalost pořadí v jakém člověk své potřeby uspokojuje je důležitá při práci s lidmi a často je zdrojem pochopení určitého jednání člověka.

Psychosociální rehabilitaci mohou provádět organizace mimozdravotního charakteru, které se ve své činnosti zaměřují na tu část života nemocného, kdy se nemocný člověk vrací z pobytu v nemocnici či z psychiatrické léčebny. Svou činností mu pomáhají vracet se zpět do normálního života.

Významnou částí bakalářské práce je praktická část. Je jím průzkum, který je prováděn ve spolupráci se středisky Fokus – Ústí nad Labem a Fokus středisko – Teplice. Cílem průzkumu bylo zjistit, jaký efekt mají sociální a rehabilitační programy na návrat klienta postiženého schizofrenní poruchou do běžného života, jaké jsou reálné možnosti návratu schizofrenního pacienta do běžného života v teplickém regionu a zmapovat, které z nabízených rehabilitačních programů klienti využívají a proč.

Z průzkumu vyplývá, že klienti mají vysokou potřebu sociálního kontaktu, kterou jim Fokus – středisko Ústí nad Labem a Teplice prostřednictvím nabízených programů umožňuje uspokojovat. Pro tento typ klientů je zvýšená potřeba sociálního kontaktu typická, a proto je velmi dobré, že klienti tuto možnost mají. Obě střediska nabízí pestrou škálu činností a programů, kterou mají klienti možnost navštěvovat dobrovolně a jak se jim to hodí. Klienti mají potřebu například pracovní rehabilitace, kterou dosud Fokus Teplice nemá. Do budoucna připravuje Fokus Teplice sociálně terapeutickou dílnu a chráněnou dílnu. Jistou překážkou v nabídce možností například v oblasti pracovní rehabilitace jsou finance. Středisku Teplice chybějí finance pro získání zřízení chráněných dílen či jiné formy chráněného zaměstnávání. Dobrou zprávou je vznikající kavárna, kde budou zaměstnáni klienti z teplického Fokusu. Oficiální termín otevření je leden 2010. Ústecký Fokus má již několik let fungující kavárnu Iris, kde pracují klienti.

Již v minulosti se ukázalo, že práce sama dovede mnohé nemocné značně uklidnit. S léčbou prací souvisí i ostatní druhy léčby zaměstnáním, například rekreační léčba, gymnastika, ranní rozcvičky, vycházky, hudba, četba vybraných knih, kreslení, malování, besedy aj. Všechny tyto činnosti mají společný cíl, a to zařadit nemocného do kolektivu, vytrhnout ho z jeho chorobného duševního stavu, vzbudit v něm zájem o společenské dění a o práci. Z mého průzkumu vyplynulo, že klienti jak z ústeckého tak z teplického Fokusu zájem o práci mají. Potřebu být užitečný, nápomocný, podílet se na životě a práci, tvořivě se učit něčemu novému a vyplňovat smysluplně svůj volný čas klienti mají a je velmi důležité, jak pro ně samotné tak i pro naši společnost, abychom jim umožnili tuto potřebu uspokojovat. Návrat schizofrenního pacienta do běžného života je možný za podmínek, které klientům umožní uspokojovat své potřeby z oblasti sociálních vztahů, psychosociální a pracovní rehabilitace a podpory medikace.

Práce se zabývá problematikou dlouhodobě duševně nemocných osob. Cílem je zjistit, jaké jsou reálné možnosti návratu schizofrenního pacienta do běžného života v teplickém regionu. A vytvořit pohled na to, jaké mají tito lidé potřeby. Zároveň prezentuje, jakým způsobem je možné v oblasti sociální práce s dlouhodobě duševně nemocnými pracovat. Výsledky průzkumu jsou užitečným informačním materiálem pro Fokus - středisko Teplice.

8. Závěr

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou duševního onemocnění z okruhu psychóz, problematikou utváření specifických potřeb takto dlouhodobě duševně nemocných a možností jejich uspokojování. Práce prověřuje možnosti psychoterapie, sociálních a rehabilitačních programů pro klienty se schizofrenní poruchou po odeznění akutní fáze. Cílem práce je zjistit, jaké má možnosti schizofrenní pacient vrátit se do běžného života. Co mu v tom pomáhá.

Prostřednictvím představení Fokusu - střediska Teplice poukazují na důležitost přítomných neziskových organizací v naší společnosti. Zájem o vlastní zařízení ze strany klientů je vysoký. Zařízení tohoto typu je klienty hodnoceno velmi kladně.

Nestátní organizace zabývající se rehabilitací duševně nemocných by měly vznikat ve více městech České republiky. Ať už jako pobočky dnes fungujících organizací anebo jako samostatně fungující. K tomuto kroku jsou ovšem nutné legislativní změny, které by přispěly k jiné formě finančního zajištění a nabídce služeb. Důležité změny by se měly odehrát i na poli vzdělávání pracovníků v oblasti duševních nemocí, např. u komunitních pracovníků. Určitá část personálu v nemocnicích na oddělení psychiatrie – lékaři, sestry, sociální pracovníci by měli mít základní vzdělání v oboru psychoterapie. Již při hospitalizaci by se měla zapojit do léčby i pacientova rodina. Neméně důležitá v této problematice je spolupráce státních zařízení (nemocnice, psychiatři) s nestátními organizacemi, které nabízejí následnou rehabilitační péči pro duševně nemocné.

Existence takovýchto organizací a zařízení je dobrým a důležitým prostředkem pro rozvoj občanské společnosti v České republice.

9. Literatura

- ČEŠKOVÁ, Dagmar. *Schizofrenie a její léčba*. 2.vyd. MAXDORF.2007. ISBN 978-80-7345-114-1.
- DITTRICHOVÁ, Jana. *Město Teplice a péče o duševně nemocné občany*. Ústí nad Labem, 2002. s.52.Univerzita J. E. Purkyně. Fakulta sociálně ekonomická. Vedoucí diplomové práce: Jaroslava Mužiková.
- DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské:Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Grada. 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- FERDINANDOVIČ Asmus Valentin. *Antická filozofie*.1. vyd. Praha.1986. ISBN 25-132-86.
- HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1 vyd. 1999. Slon, Praha. ISBN.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*.1. vyd. Portál, Praha. 2004. ISBN 80-7178-303-x.
- KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou?* 1. vyd. 1987. ISBN 08-080-87.
- KOLEKTIV AUTORŮ: Psychotická porucha a jak se jí bránit, vydáno ve spolupráci s firmou JANSSEN-CILAG a Johnson a Johnson company, Praha 1998, str. 40.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5.vyd. Portál, Praha. 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?* 2. vyd. Portál, Praha.1999. ISBN 80-7178-314-5.
- MEDUNOVÁ, Ivana.*Duševní nemoc a sebevražda*.Ústí nad Labem,2000. s.42.Univerzita J. E. Purkyně. Fakulta sociálně ekonomická. Vedoucí diplomové práce: Jaroslava Mužiková.
- MOTLOVÁ, Lucie, DRAGOMIRECKÁ, Eva. Schizofrenie a kvalita života.*Psychiatrie*.roč. 7, vyd. 2003, č. 2, s. 26-32. ISSN 1211-7579.
- MOTLOVÁ, Lucie, DRAGOMIRECKÁ Eva, ŠPANIEL, Filip. Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. *Psychiatrie*. roč. 7, vyd. 2003, č. 2, s. 26-37. ISSN 1211-7579.
- SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*.1. vyd. Praha.2006. ISBN 80-7367-154-9.
- SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Imaginární svět*. 2. vyd. Most. 1977. ISBN 23-037-77.
- TILIOSOVÁ, Petra. *Ucelený přístup k psychosociální rehabilitaci*. Pardubice 2002. materiál ke kurzu.
- TRPIŠOVSKÁ, Dana. *Úvod do psychologie*. PF UJEP, Ústí nad Labem 1996,66 str.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Portál, Praha. 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VENCOVSKÝ, Eugen, DOBIÁŠ, Jan. *Psychiatrie, učebnice pro lékařské fakulty*.

VYMĚTAL, Jan. *Rogerovská psychoterapie*. 1. vyd. CENTA. 1996. ISBN 80-202-0605-1.

[online] Dostupné z [http:// www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/1_1_a_info.html](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/1_1_a_info.html)
[citováno 12. září 2008]

10. Seznam příloh

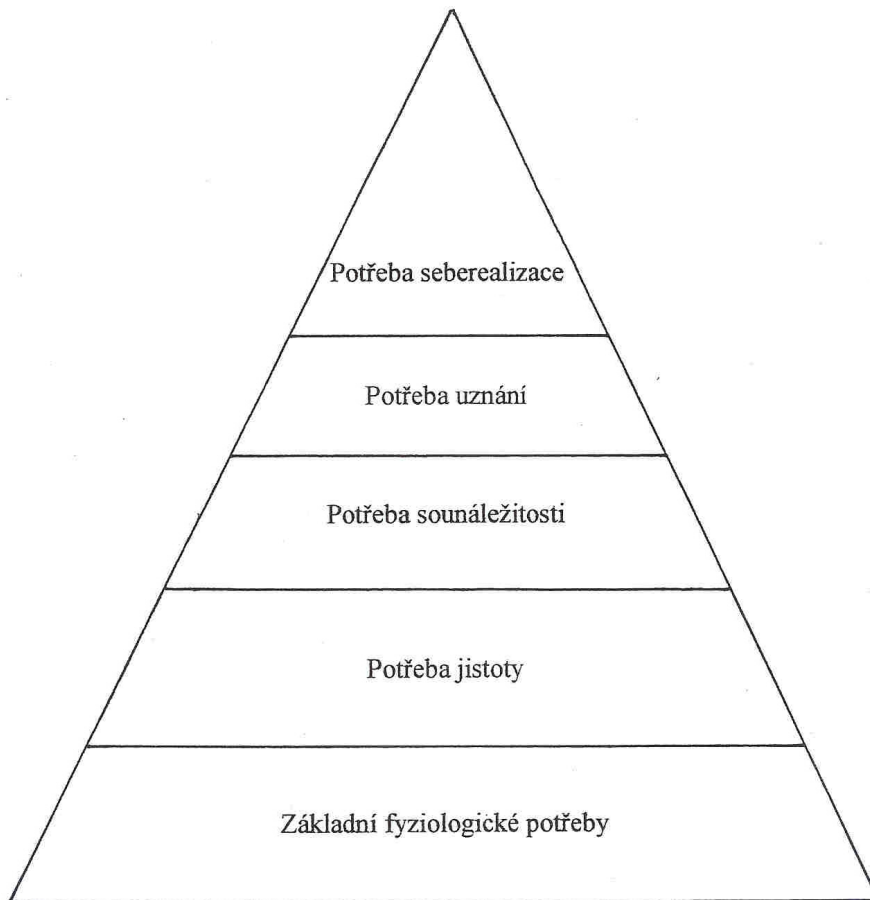
1. Výsledku sběru dat a předběžné hodnocení
2. Pyramida lidských potřeb dle Maslowa
3. Dotazník

Přílohy

Příloha č.1 - výsledky sběru dat a předběžné hodnocení							
SPECIFIKA PÉČE O KLIENTA SE SCHIZOFRENNÍ PORUCHOU							
Bakalářská práce - Johana Kronesová, 2009							
		počet	počet	počet	%	%	%
Otázka	Kategorie	Teplice	Ústí n.L.	celkem	Teplice	Ústí n.L.	celkem
1 pohlaví	muž	8	14	22	53	70	63
	žena	7	6	13	47	30	37
2 věk	15-29 let	3	2	5	20	10	14
	30-39 let	6	2	8	40	10	23
	40-49 let	4	8	12	27	40	34
	50 a více let	2	8	10	13	40	29
3 vzdělání	základní	3	2	5	20	10	14
	vyučení	5	4	9	33	20	26
	středoškolské	5	12	17	33	60	49
	vysokoškolské	2	2	4	13	10	11
4 zaměstnání	zkrácený pracovní úvazek	0	2	2	0	10	6
	PID	11	15	26	73	71	72
	ČID	2	4	6	13	19	17
	jiné	2	0	2	13	0	6
5 zájem o práci	plný pracovní úvazek v chráněné dílně	2	2	4	13	7	9
	částečný pracovní úvazek v chráněné dílně	9	14	23	60	47	51
	plný pracovní úvazek	0	6	6	0	20	13
	částečný pracovní úvazek	0	6	6	0	20	13
	jiné	4	2	6	27	7	13
6 pracovní odvětví	manuální činnost	1	2	3	7	14	11
	služby	11	4	15	79	29	54
	výpočetní technika	0	2	2	0	14	7
	práce v přírodě	1	2	3	7	14	11
	administrativa	0	2	2	0	14	7
	jiné	1	2	3	7	14	11
7 bydlení nyní	sám v domácnosti	5	8	13	33	50	42
	s partnerem, druhem, manželkou	1	6	7	7	38	23
	s rodiči-rod. příslušníky	9	2	11	60	13	35
8 požadavek na bydlení	sám v domácnosti	5	8	13	33	44	39
	sám v chráněném bytě	0	0	0	0	0	0
	s někým ve vlastní domácnosti	8	10	18	53	56	55
	s někým v chráněném bytě	2	0	2	13	0	6
9 frekvence kulturního kulturního života	pravidelně	2	2	4	13	10	11
	často	2	2	4	13	10	11
	občas	5	8	13	33	40	37
	výjimečně	6	4	10	40	20	29
	nezúčastňuji se	0	4	4	0	20	11
10 s kým navštěvují kulturní akce	samostatně	4	6	10	27	32	29
	s partnerem	2	2	4	13	11	12
	s rodiči-rod. příslušníkem	2	3	5	13	16	15
	s přáteli	3	0	3	20	0	9
	se střediskem	4	8	12	27	42	35
11 okruh styků	pouze s lidmi ze střediska	5	2	7	33	10	20
	s vlastním okruhem známých	6	14	20	40	70	57
	pouze s rodinou	3	2	5	20	10	14
	jiné	1	2	3	7	10	9
12 využívání pracovního programu ve středisku	pravidelně	3	8	11	25	40	34
	často	0	4	4	0	20	13
	občas	4	6	10	33	30	31
	výjimečně	0	0	0	0	0	0
	vůbec	5	2	7	42	10	22
13 význam prac.poměru	potřebuji pomoc	1	4	5	8	12	11
	potřebuji vedení, podnět	1	4	5	8	12	11
	chci být v kolektivu	3	4	7	23	12	15
	vyplňuji volný čas	4	2	6	31	6	13
	chci být užitečný	1	10	11	8	29	23
	rád tvořím	3	8	11	23	24	23
	jiné	0	2	2	0	6	4
14 využívání sportovního programu střediska	pravidelně	4	8	12	27	40	34
	často	0	2	2	0	10	6
	občas	0	2	2	0	10	6
	výjimečně	4	0	4	27	0	11
	vůbec	7	8	15	47	40	43
15 význam sportovního programu	utůžují fyzickou kondici	5	2	7	26	8	16
	zvyšují vytrvalost	2	0	2	11	0	5
	zdravotní důvody	1	4	5	5	17	12
	psychická pohoda	5	8	13	26	33	30
	volný čas	4	10	14	21	42	33
	kolektiv	2	0	2	11	0	5
	jiné	0	0	0	0	0	0

16 využití zájmové- vzdělávacích programů ve středisku	pravidelně často občas výjimečně vůbec	2 4 7 1 1	2 0 8 6 2	4 0 15 7 3	13 27 47 7 7	11 0 44 33 11	12 12 45 21 9
17 význam zájmové- vzdělávacích programů ve středisku	obnova ztracených dovedností potřebuji vedení, podnět chci být v kolektivu vyplňuji volný čas rád tvořím a učím se něčemu novému rozšíření schopností podílet se na životě a práci jiné	2 0 7 3 1 7 0	2 0 8 6 2 0 0	4 0 15 9 3 7 0	10 0 35 15 5 35 0	11 0 44 33 11 0 0	11 0 39 24 8 18 0
18 využívání služeb terénního pracovníka	pravidelně občas výjimečně vůbec	2 1 5 7	2 8 2 6	4 9 7 13	13 7 33 47	11 44 11 33	12 27 21 39
19 účast rodičů-rodinných příslušníků na aktivitách střediska	pravidelně často občas výjimečně vůbec	1 1 6 7 0	0 0 0 8 12	1 1 6 15 12	7 7 40 47 0	0 0 0 40 60	3 3 17 43 34
20 frekvence návštěv střediska	pravidelně často občas výjimečně jiné	4 5 4 2 0	10 8 2 0 0	14 13 6 2 0	27 33 27 13 0	50 40 10 0 0	40 37 17 6 0
Poznámky:							
1 Z celkového počtu 35 respondentů vyplývá, že v daném souboru bylo 22 mužů a 13 žen..							
2 - Početně nejvíce byla zastoupena kategorie mezi 40-49 lety. Dále věková kategorie 50 a více let. 8 klientů bylo z věkové kategorie 30-39 let. A nejméně klientů bylo v kategorii 15-29 let.							
3 - Z celkového počtu 35 dotazovaných 5 klientů má základní vzdělání. 9 klientů je vyučeno. Početně nejvíce je klientů se středoškolským vzděláním. 4 klienti jsou vysokoškolsky vzděláni.							
4 - Z celkového počtu 35 dotazovaných má 26 klientů plný invalidní důchod. 6 klientů je v částečném invalidním důchodu. 2 klienti pracují na částečný pracovní úvazek a dva klienti uvedli jinou možnost a tou je brigáda.							
5 - Z celkového počtu 35 dotazovaných by 23 klientů rádo pracovalo na částečný pracovní poměr v chráněné dílně. 4 klienti by pracovali v chráněné dílně na plný pracovní úvazek. 6 klientů by chtělo pracovat na plný pracovní poměr. Stejný počet 6-ti klientů by chtělo pracovat na částečný pracovní poměr a 6 klientů uvedlo jinou možnost z čehož 4 klienti uvedli svépomocnou skupinu SELF- HELP.							
6 - Nejpočetněji byl zastoupen zájem klientů pracovat ve službách (gastronomie, obchod). 3 klienti uvedli manuální činnosti jako je práce se dřevem, keramikou, textílem, sklem. 2 klienti měli zájem o obor výpočetní technika. 3 klienti upřednostňovali práci v přírodě v lesnictví, zahradnictví. 2 klienti by rádi pracovali v administrativě a jiná odvětví uvedli 3 klienti. 7 klientů neuvvedlo žádný obor.							
7 - Z celkového počtu 35 dotazovaných 4 klienti neodpověděli. 13 klientů žije samo v domácnosti. 11 klientů žije s rodinou nebo rodinnými příslušníky a 7 klientů žije s partnerem, druhem, manželem, manželkou.							
8 - Z celkového počtu 35 dotazovaných by 18 klientů rádo bydlelo ve vlastní domácnosti s někým. 13 klientů by rádo žilo ve vlastní domácnosti, ale samo. A 2 klienti uvedli, že by rádi žili s někým v chráněném bytě. Dva klienti neuvvedli žádnou možnost.							
9 - Z celkového počtu 35 dotazovaných uvedli 4 klienti, že se pravidelně zúčastňují kulturních akcí. 4 klienti se zúčastňují často. 13 klientů navštíví kulturní akce jen občas a 10 klientů výjimečně. 4 klienti se nezúčastňují vůbec žádných kulturních akcí.							
10 - Z celkového počtu 35 dotazovaných nejvíce klientů navštěvuje kulturní akce v doprovodu střediska. 10 klientů navštěvuje kulturní akce samo. 5 klientů s rodinnými příslušníky, 4 klienti s partnerem a 3 klienti nejčastěji navštěvují kulturní akce s přáteli. 1 klient neodpověděl.							
11 - Z celkového počtu 35 dotazovaných 20 klientů odpovědělo, že má svůj okruh známých. 7 klientů se stýká pouze s lidmi ze střediska. 5 klientů pouze s rodinou a 3 klienti uvedli jinou možnost.							
12 - Z celkového počtu 35 dotazovaných 11 klientů uvedlo, že pravidelně navštěvuje pracovní program. 4 klienti často. 10 klientů ho navštěvuje pracovní program občas. 7 klientů uvedlo, že pracovní program ve středisku nenavštěvuje vůbec. 3 klienti na tuto otázku neodpověděli.							
13 - Z celkového počtu 35 klientů 11 klientů uvedlo, že význam pracovního programu samy pro sebe sledávají v tom, že mohou být užiteční. Stejný počet klientů uvedlo, že rádi tvoří. 7 klientů sledávají význam tohoto programu, protože je baví být v kolektivu. 6 klientů uvedlo, že tímto programem vyplňují volný čas. Význam pracovního programu pro 5 klientů spočívá v tom, že potřebují pomoc. A 5 klientů uvedlo, že potřebují vedení nebo podnět.							
14 - Z celkového počtu 35 klientů 15 klientů uvedlo, že sportovní program nevyužívají vůbec. Naopak 12 klientů využívá sportovní program pravidelně. 2 klienti navštěvují program často a 2 klienti jen občas. Výjimečně využívají sportovní program 4 klienti.							
15 - Z celkového počtu 35 klientů 14 uvedlo, že význam sportovního programu pro ně samotné sledávají v trávení volného času. 13 klientům sportovní program přináší psychickou pohodu. 7 klientů si díky programu udržují fyzickou kondici. 2 klienti zvyšují svoji vytrvalost. 5 klientů má zdravotní důvody. Dva klienti chtějí být v kolektivu.							
16 - Z celkového počtu 35 klientů využívá zájmové- vzdělávací program 15 klientů občas, 4 klienti pravidelně a 4 klienti často. 7 klientů uvedlo, že tento program využívají jen výjimečně a 3 klienti vůbec.							
17 - Z celkového počtu 35 klientů sledává 15 klientů význam zájmové- vzdělávacího programu v tom, že chtějí být v kolektivu. 9 klientů vyplňuje volný čas. 7 klientů uvedlo důvod rozšíření schopností podílet se na životě a práci. 4 klienti obnovují ztracené dovednosti a 3 klienti rádi tvoří a učí se něčemu novému.							
18 - Z celkového počtu 35 klientů 13 klientů nevyužívá služeb terénního pracovníka vůbec. 7 klientů výjimečně, 9 klientů jen občas a 4 klienti využívají služeb terénního pracovníka pravidelně.							
19 - Z celkového počtu 35 klientů 15 klientů uvedlo, že rodiče a rodinní příslušníci se zúčastňují aktivit ve středisku jen výjimečně. 12 klientů uvádí, že vůbec. 6 klientů občas. Rodiče se pravidelně zúčastňují aktivit ve středisku u 1 klienta a 1 klient uvedl, že často.							
20 - Z celkového počtu 35 klientů 14 klientů navštěvuje své středisko pravidelně, 13 klientů často. 6 klientů uvedlo, že občas navštíví středisko a 2 klienti jen výjimečně.							

Pyramida lidských potřeb dle Maslowa :



Příloha č. 3 – dotazník
SPECIFIKA PÉČE O KLIENTA SE SCHIZOFRENNÍ PORUCHOU
Bakalářská práce - Johana Kronesová

*Vážená paní, vážený pane,
Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro tvorbu bakalářské práce (Technická univerzita v Liberci, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, obor Penitenciární péče). Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je dobrovolné. Pokud jsou některé otázky pro Vás příliš osobní, nemusíte na ně odpovídat. Získané informace budou použity výhradně v rámci mé bakalářské práce.*

Zvolenou odpověď či odpovědi prosím zakroužkujete, v případě volných otázek odpověď, prosím, napište.

1. Jste

- a) muž
- b) žena

2. Patříte do věkové kategorie

- a) 15-29 let
- b) 30-39 let
- c) 40-49 let
- d) 50 a více

3. Vzdělání

- a) základní
- b) vyučen(a)
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

4. Zaměstnání.

Zakroužkujte jednu či více odpovědí.

- a) plný pracovní úvazek
- b) zkrácený pracovní úvazek
- c) studující
- d) plný invalidní důchod
- e) částečný invalidní důchod
- f) starobní důchod
- g) jiné možnosti.....

5. Máte zájem zařadit se do práce?

Zakroužkujte jednu či více odpovědí.

- a) na plný pracovní poměr v chráněné dílně
- b) na částečný pracovní poměr v chráněné dílně
- c) na plný pracovní poměr v pracovním poměru
- d) na částečný pracovní poměr v pracovním poměru
- e) jiná možnost:.....

6. V jakém pracovním odvětví byste rád pracoval?

Zakroužkujte jednu či více odpovědí.

- a) Manuální činnosti (práce se dřevem, keramikou, textilem, sklem...)
- b) Služby (gastronomie, obchod..)
- c) Výpočetní technika
- d) Práce v přírodě (lesnictví, zahradnictví)
- e) Administrativa
- f) Jiná odvětví.....

7. Bydlení.

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

V současné době žijete:

- a) sám v domácnosti
- b) s partnerem, druhem, manželem
- c) s rodiči či rodinným příslušníkem
- d) jinak

8. Jak byste chtěl bydlet?

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

- a) Sám ve vlastní domácnosti
- b) Sám v chráněném bytě
- c) Ve vlastní domácnosti s někým
- d) V chráněném bytě s někým

9. V jaké frekvenci se zúčastňujete kulturních akcí?

(např. kino, divadlo, koncerty, výstavy...)

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

- a) Pravidelně
- b) Často
- c) Občas
- d) Výjimečně
- e) Nechodím

10. S kým nejčastěji navštěvujete kulturní akce?

- a) samostatně
- b) s partnerem
- c) s rodiči, rodinnými příslušníky
- f) s přáteli
- g) se střediskem

11. Stýkáte se.

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

- a) pouze s lidmi ze střediska
- b) máte svůj okruh známých
- c) pouze s rodinou
- d) jinak.....

12. Využíváte pracovní program ve vašem středisku:

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

- a) pravidelně
- b) často
- c) občas
- d) výjimečně
- e) vůbec

13. V čem shledáváte význam pracovního programu pro Vás samotného?

Zakroužkujte jednu či více odpovědí.

- a) finanční přínos
- b) potřebuji vedení nebo podnět
- c) chci být v kolektivu (mezi svými)
- d) vyplňuji volný čas
- e) chci být užitečný
- f) rád tvořím
- g) jiný význam

14. Využíváte sportovní program ve vašem středisku?

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

- a) pravidelně
- b) často
- c) občas
- d) výjimečně
- e) vůbec

15. V čem shledáváte význam sportovního programu pro Vás samotného?

Zakroužkujte jednu či více odpovědí

- a) utužuji fyzickou kondici
- b) zvyšuji vytrvalost
- c) ze zdravotních (dietologických) důvodů
- d) pomáhá mi k psychické pohodě
- e) vyplňuji volný čas
- f) chci být v kolektivu (mezi svými)
- g) jiný význam.....

16. Využíváte zájmově-vzdělávací program ve vašem středisku?

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

- a) pravidelně
- b) často
- c) občas
- d) výjimečně
- e) vůbec

17. V čem shledáváte význam zájmově-vzdělávacího programu pro Vás samotného?

Zakroužkujte jednu či více odpovědí

- a) obnova ztracených dovedností
- b) potřebuji vedení nebo dohled
- c) chci být v kolektivu (mezi svými)
- d) vyplňuji volný čas
- e) rád tvořím a učím se něčemu novému
- f) rozšíření schopností podílet se na životě a práci
- g) jiný význam.....

18. Využíváte služeb terénního pracovníka?

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

- a) pravidelně
- b) často
- c) občas
- d) výjimečně
- e) vůbec

19. Zúčastňují se Vaši rodiče – rodinní příslušníci aktivit ve středisku?

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

- a) pravidelně
- b) často
- c) občas
- d) výjimečně
- e) vůbec

20. Jak často navštěvujete vaše středisko?

Zakroužkujte jen jednu odpověď.

- a) pravidelně
- b) často
- c) občas
- d) výjimečně
- e) jinak

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.