

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Terapeutická komunita pro lidi s duševním
onemocněním schizofrenního okruhu**

Bc. Martina Husáková

vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Praha 2013

Prague college of psychosocial studies



**Therapeutic community for people with
schizophrenia mental illness**

Bc. Martina Husáková

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Praha 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením Mgr. Jana Jakuba Zlámaného samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že odevzdaná písemná verze bakalářské práce a verze elektronická jsou totožné.

.....

Bc. Martina Husáková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Jakobovi Zlámanému za cenné rady, náměty a vedení při vypracování bakalářské práce.

Bc. Martina Husáková

Anotace

Téma bakalářské práce zní „Terapeutická komunita pro lidi s duševním onemocněním schizofrenního okruhu“. Hlavním cílem byla snaha ukázat specifika práce v terapeutické komunitě, která se zaměřuje na lidi se schizofrenií. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část. Teoretická část je věnována objasnění základních pojmů, seznámení s onemocněním schizofrenie, se specifiky práce s lidmi se schizofrenií a se samotnou terapeutickou komunitou, která aplikuje obecné zásady práce a zohledňuje jedinečnost onemocnění prostřednictvím individuálního přístupu. Praktická část obsahuje popis čtyř případových studií v kontextu Terapeutické komunity Mýto, skrze které byla ukázána specifika práce s touto cílovou skupinou v prostředí terapeutické komunity a funkčnost tohoto zařízení v léčbě schizofrenie.

Klíčová slova: schizofrenie, terapeutická komunita, individuální přístup, specifika

Abstract

Theme of bachelors thesis „Therapeutic community for people with schizophrenia mental illness“. The main goal is to show specifics of work in therapeutical community , which is focused on schizophrenia mental illness clients. Bachelors work is separated into two parts, where first one is theoretical and second one empirical. Theoretical part is dedicated to defining of the key words, introduction to schizophrenia illness, specifics of work with schizophrenia clients and therapeutical community, that applies general rules of work and emphasis uniqueness of illness via individual approach to the clients. Empirical part contains of description of four case studies in context of Therapeutic community Mýto, throughout which the specifics of work with this target group in the settings of therapeutic community and utility of this institution in treatment of schizophrenia

Key words: Schizophrenia, therapeutic community, individual approach, specifics

OBSAH

ÚVOD.....	9
1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	11
2. DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENÍHO OKRUHU.....	13
2.1 Co je to schizofrenie.....	13
2.1.1 Psychóza.....	14
2.2 Příčiny schizofrenie.....	15
2.2.1 Biologické faktory.....	16
2.2.2 Sociální a psychologické faktory.....	17
2.3 Příznaky schizofrenie.....	18
2.4 Typy schizofrenie.....	20
2.4.1 Paranoidní schizofrenie.....	20
2.4.2 Hebefrenní schizofrenie.....	21
2.4.3 Katatonní schizofrenie.....	21
2.4.4 Simplexní schizofrenie.....	22
3. PRÁCE S LIDMI SE SCHIZOFRENIÍ.....	23
3.1 Specifika práce s lidmi se schizofrenií.....	24
3.2 Úvod do farmakoterapie.....	27
3.3 Psychoterapie.....	28
3.4 Pracovní a sociální rehabilitace.....	31
3.5 Psychoedukace a práce s rodinou.....	33
4. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA MÝTO.....	37
4.1 Historie a vznik terapeutických komunit.....	37
4.2 Popis sociálního zařízení.....	40
4.3 Co je léčivé v komunitě.....	41
4.4 Principy práce v TK Mýto.....	45
4.4.1 Struktura komunity.....	46

4.4.2 Práce s klientem.....	52
4.4.2.1 Skupinová práce.....	53
4.4.2.2 Individuální práce.....	59
5. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	62
5.1 Cíl výzkumu a metoda sběru dat.....	62
5.2 Výzkumný plán a typ výzkumu.....	62
5.3 Výzkumný problém a otázky.....	63
5.4 Výzkumný soubor a jeho charakteristika.....	64
5.5 Deskriptivní část – kazuistiky klientů.....	64
5.5.1 Marek.....	65
5.5.2 Pepa.....	69
5.5.3 Marta.....	73
5.5.4 Karel.....	76
6. Diskuze.....	80
ZÁVĚR.....	83

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala na základě osobní zkušenosti s prací v Terapeutické komunitě Mýto. V Mýtě pracuji třetím rokem na pozici terapeuta a podílela jsem se na vývoji metodických materiálů a principů práce v terapeutické komunitě. Terapeutická komunita pro schizofrenní klienty je jedinečná. Díky specifikám onemocnění je nutné ke klientům i specificky přistupovat. Klienti a terapeuti zde spolu v podstatě žijí. Tato práce proto může být velice „na tělo“.

Lidé se schizofrenií často nedůvěřují světu a ostatním lidem. Většinou mají také velké problémy se vztahovostí a komunikací. Terapeutická komunita je založena právě na vytváření vztahů, interakcích mezi členy a na důvěře. Právě tímto paradoxem je prostředí terapeutické komunity určené pro lidi se schizofrenií, tak specifické.

Cílem této práce je představení specifik práce v terapeutické komunitě, která se zaměřuje na lidi s duševním onemocněním schizofrenního okruhu. Uvedení, jak se s klienty v komunitě pracuje na individuální úrovni a jak na skupinové. Při práci s klienty se schizofrenií jsou zde uvedeny zásady, které je nutné dodržovat. Tyto zásady jsou aplikovány v prostředí komunity a zasazeny do její struktury. Prostřednictvím kazuistik v praktické části je popsáno nakolik funkční může být terapeutická komunita v léčbě psychotických onemocnění.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V kapitole první se pokouším vysvětlit základní pojmy, které se objevují v celé práci. Onemocnění schizofrenie je v této práci pojítkem všech kapitol. Popis tohoto onemocnění je obsahem druhé kapitoly. Je zde uvedeno, jak schizofrenie vzniká, jak se projevuje a jaké jsou nejčastěji popisované typy v praxi. U každého jedince

se schizofrenní onemocnění projevuje individuální kombinací příznaků. Zjednodušeně řečeno u každého tato nemoc vypadá jinak.

Tím, že je toto onemocnění velmi individuálně laděné, tak je i práce s lidmi se schizofrenií výrazná individuálním přístupem. Obsahem třetí kapitoly je právě popis nejčastěji užívaných metod při léčbě schizofrenie. Je zde kladen důraz na komplexnost přístupu k léčbě, v tom smyslu, že by měla současně působit farmakoterapie, psychoterapie, pracovní a sociální terapie, práce s rodinou a psychoedukace, v nejvyšší možné míře.

Průnik všech těchto přístupů se nachází v terapeutické komunitě, která pracuje s klienty se schizofrenním onemocněním. Komunita pro psychiatrické klienty má svou historii. Jako první takovou komunitu definoval Maxwell Jones, který přetvořil oddělení psychiatrických léčeben na prostředí terapeutické komunity. Otevřel tak komunikaci mezi personálem a klienty a dal tak klientům odpovědnost za vlastní rozhodování. Díky tomu klienti získali i pocit smyslu. V České republice je pouze jediná komunita, která je zaměřena výhradně na klienty s duševním onemocněním schizofrenního okruhu, je to Terapeutická komunita Mýto. Obsahem čtvrté kapitoly je popis historie terapeutických komunit pro psychiatrické klienty. Větší část této kapitoly se věnuje konkrétnímu zařízení – Terapeutické komunitě Mýto. Cílem je zde ukázat, jak se v této komunitě užívají specifické zásady práce, které jsou popsány v kapitole třetí a představit prostředí komunity a její principy.

Praktická část se zabývá deskripcí případových studií vybraných klientů Terapeutické komunity Mýto. Je zpracována formou kazuistik a je zde vidět, jak je každý klient zcela odlišný a potřebuje individuální přístup. Tato část spojuje praxi s teorií.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Schizofrenie

„Schizofrenie je psychiatrické onemocnění s vysokou četností, charakterizované chronicitou a těžkým postižením schopnosti samostatného života, a projevující se závažným průlomem do integrity osobnosti. Tato dezintegrativní vlastnost schizofrenní psychózy se může manifestovat ve všech oblastech mentálního života: ve vnímání, myšlení, cítění, fantazii a jednání“ (MÜLLER a MÜLLER, 2006, s. 376). Vágnerová schizofrenii popisuje podobně. „Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“ (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 333).

Terapeutická komunita

HARTL (1997) definuje terapeutickou komunitu ve dvou pojetích. V širším pojetí popisuje terapeutickou komunitu, jako zvláštní formu organizace léčebné instituce. Funguje zde otevřená komunikace všemi směry, na místo autoritativní struktury. Klienti nejsou pasivními příjemci léčby, ale na vlastní léčbě se aktivně podílejí. V užším pojetí popisuje komunitu, jako metodu léčby, která využívá dynamiku malé skupiny i celého společenství. Na změně osobnosti pracuje jak člověk sám, tak i komunita, které je členem. Prostředí komunity, vztahy, problémy a konflikty v komunitě jsou velmi blízké reálnému životu venku a schopnost je řešit, což je významnou složkou léčby.

Duševní porucha

„Změna některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, které znesnadňují jeho adaptaci,

interakci se sociálním okolím“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 417).

Blud

„Chorobné, mylné přesvědčení, které je na rozdíl od omylu nevývratné; mívá silný emoční náboj; bludy jsou děleny na: expanzivní, extrapotenční, depresivní, autoakuzační, insuficienční, megalomanické, mikromanické, perzekuční, hypochondrické, kverulatorní, emulační, erotomanické a jiné; po vymizení bludu často prázdnota a smutek“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 67). Sillamy popisuje, že blud je „porucha myšlení, při níž jsou domnělá fakta považována za skutečná“ (SILLAMY, 2001, s. 28).

Halucinace

„Mylný smyslový vjem, který vyvolává pocit skutečnosti, ačkoli není přítomen vnější podnět nebo činnost smyslového orgánu; osoba je při vědomí a je přesvědčena o skutečné existenci vnímaného pocitu či jevu; halucinace mívají silný afektivní náboj, halucinující o nich zpravidla může mluvit; dělí se na: a) smyslové: zrakové, sluchové, čichové, chuťové a dotekové, b) elementární: jiskry, blesky, hluky, c) složité: popis situace, jevu, děje, hovoru, systému příkazů aj.“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 172).

Kognitivní funkce

Souhrn procesů, které zahrnují vnímání, orientaci ve světě, zvládnutí jazyka, myšlení, plánování, obrazotvornost, kreativitu a fantazii, tedy souhrn činností, které lze využít pro počítačové modelování lidského myšlení“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 159).

2. DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIÍHO OKRUHU

V samotném názvu práce je užito spojení duševní onemocnění schizofrenního okruhu. V této kapitole se seznámíme se schizofrenním onemocněním, co tento název znamená a jaká jsou specifika tohoto onemocnění. Také se podrobněji podíváme na příčiny a projevy onemocnění. Poslední část této kapitoly se věnuje nejčastěji popisovaným typům schizofrenního onemocnění v praxi.

2.1 Co je to schizofrenie

Zmínky o nemoci podobné schizofrenii byly popsány již v období antiky. V roce 1898 byl pro toto onemocnění zaveden název „dementia praecox“ Emilem Kraepelinem. V překladu to znamená předčasná demence, protože přibližně ve věku adolescence docházelo u nemocných k výraznému zhoršování kognitivních funkcí a k úpadku osobnosti, stejně jako u demence. V roce 1911 zavedl název schizofrenie německý psychiatr Eugen Bleuler. Tento název vyjadřuje přítomnost rozštěpení mezi emocemi, myšlením a chováním, v překladu znamená rozštěp mysle (DOUBEK aj., 2010).

Dnes vnímáme schizofrenii jako „...závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě“ (BOUČEK, 2006, s. 49). U tohoto onemocnění je těžce narušen vztah člověka k realitě. Díky změnám v osobnosti většinou dochází k tomu, že člověk není schopen pokračovat v životě jako před onemocněním, protože postihuje jak pracovní oblast, tak snižuje i jeho společenské uplatnění. Schizofrenie je onemocnění, které je vleklé a má sklon k chronicitě. Příznaky schizofrenie jsou výrazné psychopatologické změny jako poruchy myšlení (bludy, rozvolněné myšlení), poruchy vnímání (halucinace) a poruchy jednání. Člověk se schizofrenií prožívá vnitřní napětí, které je spojeno s pocitem odcizení vlastního prožívání všeho kolem sebe. „*Děje a předměty, které jej*

obklopují, se mu jeví jako významné a naléhavé, nicméně nesrozumitelné, podivně strojené nebo přímo inscenované“ (BOUČEK, 2006, s. 49). Tím je myšleno například, že vidí na ulici znamení, kterými se nechají vést.

Schizofrenií trpí zhruba jedno procento populace, přičemž faktory jako etnická příslušnost, pohlaví, lokalita či sociokulturní vlivy toto procento neovlivňují. Onemocnění nejčastěji propuká v mladém věku mezi 15 až 35 lety (VÁGNEROVÁ, 2008).

2.1.1 Psychóza

Pojem psychóza je velmi obecný, stejně jako pojem schizofrenie. Tyto dva pojmy jsou spolu často ztotožňovány, protože diagnóza schizofrenie je nejvíce známé onemocnění z psychotického spektra. Nesmíme však zapomenout, že jsou různé druhy psychóz, jako je toxická, způsobená užitím návykové látky, traumatická a další. PROBSTOVÁ (2009) hovoří o dezintegraci funkcí já, jako o hlavním příznaku psychotického onemocnění. *„Důsledkem dezintegrace jáských funkcí je ztráta testování reality (odlišení toho, co přichází zevnitř – vnitřní zkušenost, a co je percepce vnějšího světa) a tedy i hranic sebe. Další symptomy (například halucinace nebo bludy), které bývají s psychózou spojovány, lze považovat za druhotné jevy – jakýsi pokus o nastavení nové nerovnovážné rovnováhy.“* (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009, s. 34). Každá psychotická ataka je proto velmi silným zásahem do integrity já, kdy si člověk opět postupně musí ověřovat bezpečí, vztahy kolem sebe i to zda může věřit tomu, co on sám vidí, slyší a cítí.

Velmi podobně se na to dívá i PONĚŠICKÝ (2004) ve své knize Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie, kde píše, že psychotik odmítne vnímat realitu, nebo s ní lépe řečeno přeruší emoční kontakt. Odvrácení se od reality může znamenat a ve

většině případů i znamená ztrátu zaměstnání, vztahů s přáteli, rodinou i ztrátu zájmů. *„Zároveň znamená ztráta reality postupnou ztrátu „já“, neboť to se vyvíjí a udržuje právě stykem s realitou; konstituce „já“ znamená přece odlišení „já“ od okolí, vynoření vlastní osobnosti z původního nerozlišeného stavu před a po narození“* (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 165). V tomto směru jsou velmi důležité zpětné vazby, které dostává od okolí a také ze zkušenosti s okolím. Díky tomu člověk začíná svou oddělenost a jedinečnost od okolí. Tím, že člověk není v kontaktu s realitou, trpí úzkostí ze ztráty vlastního „já“, která je stále podporovaná hrozbou průniku reality do světa psychotika. Proto tedy používá různé složité taktiky, aby ho realita nedostihla. *„Protože již nemá možnost uspokojit své vlastní potřeby v realitě, musí je uspokojovat pouze ve fantazii, která pak často zcela nelogickým, náhodným způsobem splyne s okolní realitou, tedy předměty či lidmi, což vede k dalším komplikacím a konfliktům. Psychotik nerozlišuje realitu a fantazii“* (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 166). Musí si tedy vytvořit svůj vlastní svět, který je psychotický. Proti úzkosti se psychotik brání tak, že jí oddělí od sebe a dá ji ven v konkrétní formě bludu či halucinace. Odstraní od sebe tak neúnosné pocity viny, úzkosti, studu či bolesti.

2.2 Příčiny schizofrenie

Existuje mnoho teorií vzniku schizofrenie, například teorie dopaminová, virová, imunologická, genetická a rodinná, ale i přes velké množství různých teorií a výzkumů týkajících se schizofrenie, hlavní příčina tohoto onemocnění není dosud známá. V současné době je nejvíce uznáván komplexní model, který se nezaměřuje pouze na jednu oblast, ale zabývá se jak faktory biologickými, tak i psychologickými a sociálními. Tento model nazýváme multifaktoriální. Do biologických faktorů jsou řazeny vrozené a dědičné dispozice, do sociálních faktorů jsou řazeny

vlivy prostředí, ve kterém člověk žije, a u psychologických faktorů mluvíme o událostech, se kterými se člověk v životě setkal (DOUBEK aj., 2010).

2.2.1 Biologické faktory

Každý člověk dědí po svých rodičích řadu vlastností a povahových rysů, které se týkají vzhledu, inteligence, předpokladů pro určité nemoci. Pokud se již v rodině schizofrenie objevila, je také větší pravděpodobnost, že příbuzní touto nemocí také onemocní. Gen či skupina genů pro schizofrenii může být v každém z nás zakořeněn a může čekat jen na svůj spouštěč (DOUBEK aj., 2010).

Zároveň je nutno říci, že při schizofrenním onemocnění je narušena i biochemická funkce mozku a struktura mozku. U nemocného schizofrenií je prefrontální oblast mozkové kůry menší. Tato část mozku je propojena například s limbickým systémem, který ovlivňuje emoce a kognici a spolu s bazálními ganglii ovlivňují motoriku. „*Prefrontální oblast mozkové kůry hraje zásadní úlohu v řeči, projevu emocí, plánování, vytváření nových myšlenek, při zpracování sociálních interakcí.*“ (ATKINSON aj., 2003, s. 551). Díky těmto poznatkům je zřejmé, že lidé trpící schizofrenií budou mít potíže na emocionální, kognitivní rovině a v sociálních interakcích.

Biochemická funkce mozku je narušena především ve funkci neurotransmiterů, konkrétně v přenosu dopaminu a serotoninu, kdy existuje nerovnováha v souhře dopaminového a serotoninového systému a zároveň je činnost dopaminového systému zvýšena. Tím dochází k narušení informačního přenosu. Jakmile dojde v systému k nadměře dopaminu, je do mozku pouštěno příliš velké množství informací, které není mozková kůra schopna rozlišit na nepodstatné informace a podstatné informace. Není zároveň schopna rozlišit, zda příchozí informace putují z jiné části mozku či z vnějšího

prostředí a tím pádem je nelze adekvátně zpracovat. V realitě pak člověk nerozezná vlastní myšlenky od toho, co slyší. Takto vznikají pozitivní příznaky schizofrenie, například bludy a halucinace (DOUBEK aj., 2010). Na druhé straně může docházet i k příliš nízké aktivitě dopaminu v prefrontální oblasti mozku, která ovlivňuje motivaci, pozornost a organizaci chování. To může vést k negativním příznakům schizofrenie, například k nedostatku motivace, depresím. Funkce serotoninu je taková, že působí na emoce, agresivitu, cyklus bdění a spánku a na přijímání potravy. Nemocní s těmito oblastmi mají většinou problémy (ATKINSON aj., 2003).

V současnosti také probíhají výzkumy morfologických změn v mozku, kde se zkoumají zvětšující se mozkové komory v průběhu onemocnění. Výzkum v této oblasti je však zatím jen v počátcích a proto nepřinesl zjevné výsledky, které by potvrdzovaly tuto domněnku (WEINBERGER, 2002).

2.2.2 Sociální a psychologické faktory

Dle VÁGNEROVÉ (2008) hrají důležitou roli ve vývoji onemocnění vztahy v rodině, ve které člověk vyrůstal v souvislosti se stresem. Člověk trpící schizofrenií má často problémy s emocemi. Není si proto schopen s emocemi poradit v prostředí, kde jsou emoce výrazně vyjadřovány. Takový člověk může být nadměrně zranitelný a mít sníženou frustrační toleranci, proto nemusí být schopen zvládnout běžné situace. Zátěž, která může spustit chorobnou reakci, bývá neúspěch, zklamání, odmítnutí či cokoli odlišného od zažitého stereotypu. Reakce je potom nepřiměřená situaci.

Lidé se schizofrenií vnímají vnitřní a vnější informace neuspořádaně. *„Z důvodu poruchy pozornosti a zpracování informací, které jsou spojeny s dispozicí k nemoci, nedokážou pak dobře rozlišovat mezi důležitým a nedůležitým“* (DOUBEK aj.,

2010, s. 16). Díky tomu se potom nemocný stává zaplaveným všemi podněty a tím i stále citlivějším a zranitelnějším vůči okolí a stresu. Nakonec nemá jinou možnost než reagovat psychoticky.

V souvislosti se sociálním prostředím se poměrně často diskutuje o takzvané dvojné vazbě, kde dochází k znejistění v komunikaci, protože je zde manifestovaná diskrepance mezi emoční a informační komponentou. Tuto teorii rozpracoval Gregory Bateson na základě analýzy komunikace, specificky u teorie logických typů. Z této teorie a z observace pacientů, kteří trpí schizofrenií, došel Bateson k popisu podmínek prostředí, které vedou ke vzniku dvojné vazby (double bind). Tuto situaci Bateson sám popisuje jako situaci, kde bez ohledu na co, co uděláme, nemůžeme dosáhnout ocenění druhé osoby. Dále pak popisuje, jak u osoby, která se dostane do takového vzorce chování u své referenční vztahové osoby, může dojít ke vzniku schizofrenií symptomatiky (BATESON, 1956).

U každého člověka je jiný podíl faktorů biologických, psychologických a sociálních, proto je u každého také jiný průběh onemocnění. Každý nemocný má svou specifickou schizofrenii.

2.3 Příznaky schizofrenie

Příznaky schizofrenie byly popisovány v průběhu let. Za zmínku stojí určitě popis příznaků od Bleulera. Mluví se zde o základních příznacích, o asociacích, afektivitě, ambivalenci a autismu.

- 1) Poruchou asociací je myšlena rozvolněnost, zabíhavé a nespojité myšlení. Nemocný se není schopen orientovat v toku myšlenek, začne větu jednou myšlenkou, dokončí ji jinou a nedokáže udržet hlavní linii hovoru. Komunikace se tak stává inkoherentní a navenek ústní projev nedává smysl.

- 2) Porucha afektivity se projevuje jakoby výrazným klidem. Takový člověk vypadá, jakoby ho nic nezajímalo. Emoční prožívání nemocného je navenek výrazně oploštěné, nedá na sobě nic znát, ale uvnitř nemocný prožívá úplně stejně jako ostatní. Zjednodušeně řečeno, nemocný sděluje emočně silnou informaci a afektivita buď úplně chybí, nebo je nepřiměřená.
- 3) U ambivalence mluvíme o existenci protichůdných pocitů, které nejsou v souladu s jednáním. Protichůdnost se také může projevovat ve formě myšlenek, kde je jedna věta následně popřena druhou.
- 4) Autismus znamená stažení se z vnějšího světa dovnitř do svého vlastního světa, kdy nemocný ztratí kontakt s realitou (cit.dle BOUČKA, 2006, s. 50).

Současná koncepce rozděluje veškeré příznaky schizofrenie do dvou velkých skupin, na příznaky pozitivní a negativní.

- 1) Pozitivní příznaky souvisí s velkým množstvím podnětů, tudíž jsou normální reakce ve větší míře a zkreslené, jsou tedy projevem zvýšené aktivity určitých oblastí mozku. Konkrétně hovoříme o bludech, halucinacích, vkládání myšlenek, dezorganizaci řeči, narušené kontrole chování a o katatonních symptomech (zatuhnutí).
- 2) U negativních příznaků je tomu přesně naopak, kdy jsou normální funkce oslabeny či ztraceny, funkce mozku jsou v útlumu. Tyto příznaky jsou hlavně výrazná apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí, neschopnost cílevědomě jednat a sociální stažení (VÁGNEROVÁ, 2008).

2.4 Typy schizofrenie

V praxi se stává, že různé typy schizofrenie, které jsou jasně vymezeny, se vzájemně překrývají, nebo jedna forma přechází do druhé (VÁGNEROVÁ, 2008). Každý typ schizofrenie má svoje specifické projevy, které mohou být u každého jedince různorodé. Dle MKN-10 (2006) musí být k diagnostikování schizofrenie splněny následující podmínky. Musí být přítomen minimálně jeden jasný příznak a většinou dva či více méně jasných příznaků. Minimální časové ohraničení je jeden měsíc, kdy po celý měsíc by měl být alespoň jeden z níže uvedených příznaků zřetelný.

Mezi jasné příznaky patří například: ozvučení vlastních myšlenek, jejich vkládání nebo odnímání, pocity ztráty kontroly nad tělem a myslí, různé smyslové halucinace, nebo bludy, které nejsou k dané kultuře patřičné.

Mezi méně jasné příznaky, kterých musí být splněno dva či více, patří například: přetrvávající halucinace, které se vyskytují denně po několik týdnů či měsíců. Dále jsou to zárazy myšlenek, které se projevují řečovou inkoherencí nebo neologismy a negativní příznaky.

2.4.1 Paranoidní schizofrenie

Již z názvu lze usoudit, že u této formy schizofrenie bude hrát velkou roli paranoidní obsah bludů a halucinací. U nemocného se objevuje patologická podezíravost a vztahovačnost vůči svému okolí. Většinou je v bludné představě člověk ohrožen, pronásledován a hrozí mu zničení, výjimkou nejsou ani nadpřirozené síly, které jedince ohrožují. Blud je vztahován ke konkrétním osobám buď v podobě nadpřirozených bytostí, anebo ke členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům a dalším. Zde může

nastat riziko, že se nemocný bude bránit ohrožení, které vnitřně prožívá (VÁGNEROVÁ, 2008).

Příznaky jako bludy a halucinace nejsou u jedince náhodou, vycházejí vždy z jeho vnitřního světa a nastavení člověka. Jedinec si touto cestou může něco kompenzovat, co mu chybí. Pokud nemá kontrolu nad svým jednáním, může se například objevit to, že má člověk pocit ovlivňování reality svými myšlenkami prostřednictvím působení na dálku a magickými postupy (BOUČEK, 2006).

2.4.2 Hebefrenní schizofrenie

Tento typ schizofrenie vzniká nejčastěji v období adolescence. Díky tomu zasáhne rozvoj člověka ve věku, kdy se má vytvářet a stabilizovat jeho identita. Potom slouží dětské sebepojetí jako základ identity. Projevuje se jako prohloubená puberta s velmi nápadným šaškováním a klackovitým chováním, které neodpovídá skutečnému věku. Charakteristickým znakem bývá porucha myšlení, ve smyslu pseudofilosofování, používání neobvyklých slovních spojení. U emočního prožívání dochází obvykle k podrážděnosti, střídáním vzrušení a depresí se strachem. V oblasti sociálního chování je častý nedostatek zábran, ve smyslu necitlivosti, vulgarity a hrubosti (VÁGNEROVÁ, 2008).

2.4.3 Katatonní schizofrenie

Charakteristickým znakem u tohoto typu jsou nápaditosti v oblasti motorické aktivity. „*Mohou se projevovat nadměrnou vzrušeností, bezcílným neklidem nebo projevy chorobného nerovnoměrného útlumu motoriky*“ (BOUČEK, 2006, s. 54). Rozděluje se na formu produktivní a stuporózní. Produktivní forma je typická nadměrnou pohybovou aktivitou, která je nepřiměřená, jako je opakování určitých slov, či pohybů. U stuporózní formy jde naopak o útlum

motorické aktivity a ztrátu vůle k činnostem. Člověk se většinou nehýbá a vydrží dlouhou dobu v jedné poloze, která může být i bizarní (VÁGNEROVÁ, 2008).

2.4.4 Simplexní schizofrenie

U tohoto typu schizofrenie je charakteristický časný a plíživý vznik. Může být zaměňována za lenost a sociální nepřizpůsobivost. Lidé s tímto druhem schizofrenie trpí nezájmem o jakoukoli aktivitu a tráví celé dny v nečinnosti. Často se izolují, jsou apatičtí a autističtí a většinou nezvládají běžnou péči o sebe (VÁGNEROVÁ, 2008).

Schizofrenie je duševní onemocnění, které je charakteristické tím, že nemocný není schopen rozeznat realitu od vlastní fantazie. Dostává z vnějšího i svého vnitřního světa tolik podmětů, že je není schopen rozlišit na podstatné a nepodstatné, je jimi zahlcen. Proto se před záplavou informací stahuje do svého vlastního světa, mimo realitu.

Schizofrenie je specifická svými pozitivními a negativními projevy, které jsou ve své kombinaci u každého jedince odlišné. I příčiny onemocnění a jejich míra jsou u každého člověka se schizofrenií v jiné míře, což podporuje jedinečnost.

3. PRÁCE S LIDMI SE SCHIZOFRENIÍ

Kapitola „Práce s lidmi se schizofrenií“ nám umožní nahlédnout do specifického přístupu, který je užíván v praxi. Jsou zde popsány nejdůležitější úrovně léčby, které by měli na nemocného působit současně. Je to hlavně z důvodu, že schizofrenní onemocnění zasáhne do všech životních oblastí člověka, které je třeba soustavně ovlivňovat, aby došlo ke změně.

V této kapitole se tedy dozvíme, jak je u léčby schizofrenie důležitá farmakoterapie, která díky svému působení zamezí přílišnému zahlcování podměty. Své místo zde má i psychoterapeutické působení na úrovni jedince i skupiny. Velmi důležitou součástí komplexní léčby, která je zde popsána, je pracovní a sociální rehabilitace, která pomáhá člověku se schizofrenií neselehávat v praktických dovednostech, které jsou pro zdravého člověka samozřejmostí. Poslední část této kapitoly se věnuje práci s rodinou a psychoedukací. Pokud se člověk se schizofrenií vrací po léčbě zpět domů je důležité s rodinnými příslušníky pracovat, aby nedošlo k zapadnutí jedince do stejného vzorce chování, jako před poslední atakou.

Schizofrenie je pro společnost děsivé onemocnění. V mediích se objevují zprávy o nebezpečných schizofrenicích, kteří utekli z léčebny a volně se pohybují po městě. Když potom člověk onemocní schizofrenií, může to být pro něj konec, protože má v sobě zakořeněné toto stigma a schizofrenie se přeci nedá vyléčit. Pravdou je, že schizofrenie je závažné duševní onemocnění, ale lze ho léčit. Třetinová teorie říká, že „...*necelá třetina nemocných se po první různě dlouho trvající atace uzdraví úplně nebo téměř bezezbytku a asi u třetiny probíhá onemocnění v atakách s reziduální psychopatologií*“ (BOUČEK, 2006, s. 55). Poslední třetina nemocných pak trpí neustupujícími příznaky a zůstávají uzavřeni ve svém světě.

Léčba schizofrenie by měla být komplexní. Liší se podle aktuální fáze onemocnění, ve kterém se člověk nachází. Při akutních stavech neboli atakách je hlavní metodou podávání psychofarmak (léků). Léky je potřeba užívat stále kvůli zabránění relapsu. Když se nemocným uleví, tak mají často pocit, že jsou zdraví a přestanou brát léky. Po vysazení léků se ale opět vrátí příznaky onemocnění. Mezi atakami, kdy se zmírní příznaky, tak je ideální doba pro psychoterapeutické metody léčby. U dlouhodobého onemocnění se objevují výrazné změny v sociálních dovednostech, proto je potom důležitá socioterapie (DOUBEK aj., 2010).

3.1 Specifika práce s lidmi se schizofrenií

Při práci s lidmi se schizofrenií lze popsat specifické taktiky, které se při léčbě užívají jak v psychoterapii, tak v sociálních službách. Jsou to obecné zásady, které vycházejí ze specifik onemocnění.

Lidé s onemocněním schizofrenie pociťují ve svém každodenním fungování značná omezení. Mají sníženou schopnost sociálních dovedností, schopnost usuzování, ztrátu vlastní osobnosti (hranic, koherence, myšlení, jáských sebeřídících funkcí), trpí ztrátou smyslu pro realitu, kvůli neschopnosti jejího zpracování, pociťují neschopnost učení, volby i neschopnost rozhodnout se (PONĚŠICKÝ, 2004).

Na jedné straně je toto omezení ovlivněno z psychiatrického onemocnění a na druhé straně je ovlivněno vlastnostmi osobnosti. Zároveň všemu přispívají životní okolnosti, které jsou často velmi nepříznivé, jako je nízký příjem, pobyt v psychiatrických léčebnách, stigmatizace kvůli nemoci a další. Tyto komplikace proto způsobují neuspokojení potřeb hned v několika úrovních zároveň. Duševně nemocní lidé ale mají stejné potřeby a přání jako kdokoli jiný: zdraví, lásku, rodinu, přátele, bydlení, sebeúctu, uznání od druhých lidí i osobní rozvoj (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009).

Díky neuspokojení těchto potřeb, je třeba pracovat na určitých oblastech pomoci. Tyto oblasti jsou: pomoc při zvládání nemoci a psychických důsledků, pomoc v aktivním přístupu v léčbě (životní plány, péče o sebe, sebedůvěra), podpora v budování sociálních vztahů a podpora při hledání denního režimu (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009). Důležitý je i postoj ke klientovi, který zaujímají terapeuti a pracovníci, obzvláště kvůli vytvoření vztahu.

PONĚŠICKÝ (2004) hovoří o tom, že vztah terapeuta a klienta musí obsahovat prvky „tady a teď“, kde nejdůležitějšími taktikami v komunikaci je autenticita a akceptace. Prožívání člověka se schizofrenií je rozvolněné, proto je potřeba ho nějakým způsobem zorganizovat. Je potřeba, aby vyšel z chaosu podmětů, které na něj útočí, jak z vnitřního světa, tak i z vnějšího. Tím, že na něj útočí podněty ze všech stran, tak se v tom není schopen zorientovat. Organizátory rozvolněného prožívání se stávají jednoznačné reakce. Lidé s psychotickým onemocněním jsou velmi citliví na jakékoli projevy nejednotnosti a vycítí emocionální podbarvení druhých lidí. Tudíž vycítí, jakmile nesedí verbální a neverbální komunikace například předstírání zájmu, nesympatie a podobně. Jednoznačné reakce nedávají prostor paranoidnímu podbarvení. Těmito reakcemi je především myšleno to, že terapeut mluví jasně a srozumitelně jazykem klienta a také přímo. Většinou diplomatické vymlouvání právě podporuje paranoidní atmosféru. Na základě srozumitelnosti sobě klient začíná více rozumět. Reakce na nemocného nejsou tak děsivé, jako je například jeho vnitřní prožívání, tím potom dostává zprávu o tom, že jeho děs není úměrný realitě. WINNICOTT (1972) popisuje, že terapeut při práci se schizofrenním klientem působí jako kontejner emocí nebo informací, které ohrožují pacientovi jáské funkce, koherenci jeho já. Jasně a srozumitelně pojmenovává, co se s pacientem děje a odlišuje tak vnitřní projekce od vnější reality, čímž pomáhá opětovnému zajištění ego funkcí jako je testování reality.

Druhým velmi důležitým faktorem pro organizování rozvolněného prožívání je práce na emoční úrovni, v tom smyslu, že je potřeba dát se emočně zcela k dispozici. Především plnou autentičností, pravdivostí a velkou citlivostí. Přitom je ale důležité myslet na to, aby se nesetřela hranice mezi JÁ a TY a díky tomu se nezvýšila úzkost ze ztráty sebe sama (PONĚŠICKÝ, 2004).

Velmi významnou roli ve zlepšení zdravotního stavu u psychotického onemocnění hraje osobní růst a individuálně přizpůsobené prostředí, ve kterém se člověk ocitá. Nejlépe v kombinaci s dlouhodobou a intenzivní rehabilitací, kde budou v dostatečné míře pozitivní aspekty ovlivňovat klienta. Důležitou roli zde hrají i pracovníci, kteří zde fungují jako průvodci. Provádějí klienta ze začátku pro něj v neznámém prostředí, aby získal jistotu a důvěru a aby pro vnější svět, který mu nahání strach, nebyl tak děsivý, ale naopak byl pro něj přístupnější. V takovémto bezpečném prostoru potom může klient začít uvažovat o svých vlastních cílech (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009).

3.2 Úvod do farmakoterapie

Farmakoterapie je důležitou součástí léčby schizofrenie. Zavedení účinných léků znamenalo v psychiatrii velký pokrok. Do té doby se ke zklidnění psychotických pacientů používali například inzulinová kómata, elektrošoky i prefrontální lobotomie. Nemocní trpící schizofrenií byli většinou odkázáni na trvalou péči v psychiatrických léčebnách (BAŠTECKÁ, 2003).

Léky, které dnes používáme při léčbě psychotických příznaků, nazýváme antipsychotika, dříve se mluvilo o neuroleptících. Neuroleptika měla své vedlejší účinky, hlavně v podobě extrapyramidových syndromů a svalové ztuhlosti. Antipsychotika působí hlavně na pozitivní psychotické příznaky a upravují nálady pacientů. Díky tomu dochází ke zklidnění nemocného, protože se zmírní například projevy úzkosti a následně tak vzniká prostor pro psychoterapii. Při pravidelném užívání léků se nemocnému postupně uspořádá myšlení a důležitost bludů a halucinací ztrácí svou intenzitu (BOUČEK, 2006).

V první kapitole věnované schizofrenii jsou popsány příčiny onemocnění, a jakou roli v něm hrají neurotransmitery dopamin a serotonin. Psychofarmaka ovlivňují převážně dopamino-serotoninový systém. Antipsychotika 1. generace byla užívána hlavně pro zmírnění pozitivních příznaků, protože ovlivňují pouze dopaminový systém. Vytvářejí dopaminovou blokádu. Díky tomuto mechanismu způsobují bohužel vedlejší nežádoucí příznaky, jak již bylo řečeno, hlavně v oblasti pohyblivosti. Mohou se projevit jako svalový třes, pocity ztuhlosti, snížení neverbálních projevů a nechutí k pohybu. Tyto nežádoucí účinky jsou pro člověka se schizofrenií tak nepříjemné, že kvůli tomu mnohdy přestává brát léky.

Antipsychotika 2. generace se zabývají již oběma složkami, jak dopaminem, tak i serotoninem. Ovlivňují oba tyto systémy

současně. Díky tomu působí tato antipsychotika na pozitivní i negativní příznaky. Do jisté míry zmírňují i kognitivní deficit a některá antipsychotika působí i na náladu. Vedlejší projevy s užitím nepřinášejí, nebo jsou nepatrné (DOUBEK aj., 2010).

Pokud špatné nálady převládají, tak se k léčbě antipsychotiky přidávají i antidepresiva. Při poruchách spánku se přidávají léky hypnotika. Při mimovolných pohybech, jako jsou třes a ztuhlost, jsou předepsána antiparkinsonika (DOUBEK aj., 2010). Denní dávky léků se tak mohou vyšplhat velmi vysoko.

S léčbou psychofarmaky je dobré začít co nejdříve, potom je totiž mnohem lepší prognóza onemocnění. Hlavně v oblasti sociálních následků nemoci a pravděpodobnosti relapsů. Velmi důležité je budování terapeutického vztahu s klientem, hlavně v počátcích léčby. Je třeba dbát na posilování důvěry v léčbu ze strany klienta. Lze toho docílit otevřenou komunikací a respektováním klientových názorů. Od začátku je důležité, aby klient věděl potřebné informace o svém onemocnění, o lécích které užívá, aby věděl, na co působí a hlavně aby neztrácel kontrolu nad svým životem a byl informován o tom, co se s ním děje (DOUBEK aj., 2010).

Farmakoterapie snižuje hladinu úzkosti a depresivního prožívání, která je již neúnosná a umožní tak zahájit léčbu psychoterapeutickými metodami (VYBÍRAL a ROUBAL, 2010).

3.3 Psychoterapie

Díky komplikovanému vztahu člověka se schizofrenií s realitou a utvářením vztahu s druhými lidmi obecně je psychoterapie u schizofrenních klientů velmi specifická. Je to jak v pojetí individuální práce, tak i skupinové. Terapeut je mnohem aktivnější, než u jiné cílové skupiny. Je to z důvodu, aby měl člověk

s psychózou o koho se opřít během sezení a terapeut má za úkol klienty vtahovat zpět do reality. Je to velmi nesnadný úkol, který je velmi zřetelný ve skupinové práci. „*Realizace základních potencialit skupinové psychoterapie je u schizofreniků zvláště obtížná, jelikož nemocní mají většinou výraznou tendenci odmítat jakoukoli komunikaci s vnějším světem a nejsou schopni běžné konvenční přizpůsobivost*“ (SYŘIŠŤOVÁ, 1989, s. 69). Skupiny proto bývají krátké a vysoce strukturované. Lidem se obecně mluví o osobních tématech těžce, natož potom člověku se schizofrenií. Skupinová témata se často odehrávají v obecné diskusi o určitém tématu, nebo problému, protože se za ně může plachý schizofrenik schovat. Současně má však možnost tímto způsobem řešit i své osobní problémy.

Individuální práce pomáhá člověku se schizofrenií vytvořit si nový sociální vztah, o který se může opřít. Zde si může zažít korektivní emoční zkušenost, že je přijímán i s projevy své nemoci. Prožije tak pocit lidské blízkosti, bezpečí a přijetí v době jeho izolace, vystupňované úzkosti a rozpadu životních jistot i vlastní identity (SYŘIŠŤOVÁ, 1989). Klient může na terapeuta odložit vše, co je pro něj těžké. Terapeut prostřednictvím svého pochopení umožní klientovi se uklidnit a porozumět všem souvislostem (DOUBEK aj., 2010).

Jak již bylo řečeno, schizofrenici jsou velmi vnímaví lidé, jak k projevům nezájmu a neúčasti, tak i k projevům skutečného lidského zájmu. Je třeba, aby terapeut uměl přistoupit ke klientovi jako jeho spojenec. „*Při psychoterapii schizofrenních pacientů je nutno se mnohdy pohybovat ve dvou rovinách – na úrovni normálního reagování a v rovině pacientova uvažování, prožívání a chování – což je většinou velmi náročné*“ (SYŘIŠŤOVÁ, 1989, s. 72). Klient by měl získat pocit, že na svou situaci není sám. Pokud se podaří vybudovat důvěru mezi terapeutem a schizofrenním klientem je zde mnohem větší riziko závislosti na terapeutovi.

Klient má potom fantazii, že ho terapeut bude nekonečně tolerovat a splňovat mu každé přání. „*Terapeut však nemůže, ani nesmí přijmout tuto úlohu, která by udržovala pacienty v bezmocné závislosti a zbavovala je možnosti samostatného vývoje*“ (SYŘIŠŤOVÁ, 1989, s. 72). Proto je také důležité myslet na držení hranic mezi těmito dvěma osobami. Aby nedošlo opět k nečinnosti a nedůvěře klienta ve svět. Terapeut je pouze průvodcem v traumatické zkušenosti klienta a pomáhá mu se v ní zorientovat, tak aby si vytvořil pevný základ pro nové a zdravé lidské vztahy (SYŘIŠŤOVÁ, 1989).

Podstata psychoterapie u schizofrenních klientů je úplně stejná, jako u ostatních lidí. „*Cílem psychoterapie je, aby se nemocný mohl opět cítit sám sebou a rozumět si a zároveň našel správný vztah k druhým lidem a k jednání s nimi*“ (DOUBEK aj., 2010, s. 27). Psychoterapie podporuje zdravé části osobnosti a obnovuje pocit kontroly nad vlastním životem. Podporuje porozumění tomu, co se děje. Pomáhá oddělit nemocné prožívání od zdravého, tím že to nemocné se snaží ohraničit a odstranit.

Při psychoterapii u klientů se schizofrenií jsou nejčastěji používány tyto přístupy: individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie a kognitivně-behaviorální psychoterapie. Individuální psychoterapie, jak již bylo řečeno výše, podporuje obnovit důvěru ve svět prostřednictvím vztahové osoby (DOUBEK aj., 2010).

Skupinová psychoterapie pomáhá v orientaci, jakou pozici zaujímá člověk ve světě a pochopit způsob, jakým se vztahuje k druhým lidem. Proces, který se děje ve skupině je komplexní a děje se skrze vnitřní souhru lidských zážitků. YALOM a LESZCZ (2007) je popisují jako terapeutické faktory, které pomáhají ke změně. Je tím například univerzalita, kdy si člověk uvědomí, že jeho problém není ojedinělý a on v tom potom není úplně sám, což má za následek i pocit úlevy.

Při kognitivně-behaviorální psychoterapii pomáhá terapeut klientovi při uvědomění si způsobu zkresleného myšlení a dysfunkčního jednání (KRATOCHVÍL, 2006). V práci se schizofrenním klientem jsou to strukturované úkoly, které slouží k tomu, aby člověk mohl hodnotit a měnit zkreslené myšlenky a jednání. Děje se tak prostřednictvím plánování činnosti, nácviku sociálních dovedností a komunikace, porozumění psychóze a jejím příznakům, nácvikem a řešením problémů v běžném životě (DOUBEK aj., 2010). V tomto ohledu je ideální prostředí terapeutické komunity, kde kognitivně-behaviorální terapie probíhá každý den. Děje se tak prostřednictvím režimu, kde se klienti postupným nácvikem učí praktické věci, jako uklidit, uvařit, postarat se o sebe. JAROLÍMEK (2009) to popisuje, že se terapie orientuje na trénink sociálních a pracovních dovedností. Zároveň se životem v komunitě přeučují maladaptivní vzorce svého chování a prostřednictvím terapeutických skupin mění obraz sebe sama.

JAROLÍMEK (2009) dále popisuje vývoj kognitivně-behaviorální terapie v přístupu ke schizofrenním klientům. Nejprve se jednalo o čistý nácvik sociálních a pracovních dovedností. Později byla znatelná potřeba umožnit klientovi pochopení jeho spouštěcích mechanismů. Jsou to procesy, které spustí psychotickou ataku. Klient se tak učí rozpoznávat varovné příznaky, ty které psychotické krizi ještě předcházejí. Díky tomu má klient možnost zasáhnout. Dnes se kognitivně-behaviorální terapie zaměřuje na subjektivní vnímání jedince, jak prožívá svou nemoc a jak se s tím vyrovnává.

3.4 Pracovní a sociální rehabilitace

Při práci s lidmi s duševním onemocněním je potřeba myslet na to, že i přes dlouhodobou farmakologickou léčbu a psychoterapii, je nutné zabývat se i rehabilitací na pracovní a sociální úrovni. Často

se totiž stává, že v těchto oblastech klienti selhávají. „*Osvědčilo se poskytovat člověku co nejširší kontinuum péče od hospitalizace přes udržovací a dlouhodobou terapii (ať už farmakoterapeutickou, či psychoterapeutickou, nejlépe obě) až k podpoře procesů údravy a samostatnosti prostřednictvím komunitních služeb*“ (VYBÍRAL a ROUBAL, 2010, s. 477). Je nutné se proto zaměřit i na ovlivňování vztahů mezi jedincem se schizofrenií a společenským prostředím, do kterého se má člověk po léčbě vrátit. Výsledkem by měla být schopnost samostatnosti a soběstačnosti v životě, jak jen to bude možné (SYŘIŠŤOVÁ, 1989). VÁGNEROVÁ (2008) hovoří o tom, že je třeba se zaměřit na aktivizaci lidí se schizofrenií, podpořit je v rozvoji praktických činností a v oblasti bydlení a zaměstnání.

Sociální rehabilitace probíhá prostřednictvím společenských vztahů a nácviku sociálních dovedností. Pracovní rehabilitace působí významně jako resocializace, protože práce představuje pouto se společností, od které se má tendence člověk se schizofrenií odvracet. Cílem pracovní rehabilitace je motivovat klienta k činnosti, obnovení pracovní aktivity, ukotvení korektivní emoční zkušenosti z práce a z pocitu dobře vykonané práce a také obnovení sociální role (SYŘIŠŤOVÁ, 1989).

VÁGNEROVÁ (2008) dává důraz na organizaci denního režimu a programu u nemocného, protože sami mívají tendenci se izolovat a pasivně přežít celý den. Díky onemocnění nejsou lidé se schizofrenií tak výkonově zdatní, ale přiměřený program napomáhá v tom, že člověka stimuluje a dodává mu pocit užitečnosti. V tomto ohledu jsou ideálním místem právě komunity. Terapeutická komunita totiž obsahuje všechny tyto výše popsané roviny. Každý den je zde jasně určený režim a program, zároveň se obyvatelé komunity trénují v komunikaci a sociálních dovednostech, jak přirozenou cestou během práce, tak na terapeutických skupinách. Díky tomu se postupně aktivují a osamostatňují, zároveň s délkou

pobytu získávají větší odpovědnost a také pravomoci. Což jim zprostředkuje pocit, že mohou mít život ve svých rukách.

Oblast práce je pro člověka se schizofrenií obzvláště komplikovaná. Díky snížené výkonnosti, dlouhodobému onemocnění a užívání léků takový člověk ztratí pracovní návyky a hůře se i přizpůsobuje na podmínky pracoviště. Může se na pracovišti setkat se stigmatizací, neporozuměním, odstupem a nedůvěrou, což způsobuje vysokou míru stresu. Bohužel mají lidé trpící schizofrenií nízkou frustrační toleranci, což potom způsobuje, že je člověk, v rámci svých obranných reakcí, podezřívavý, úzkostný nebo agresivní a díky tomu se celá situace ještě zhoršuje. *„Pro mnohé nemocné je důležité, že schizofrenie vzniká ve věku, který je kritický pro rozvoj profesních dovedností, mnozí z nich nemají žádnou kvalifikaci, a proto je jejich uplatnění obtížné“* (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 366). Dobrým řešením bývají pro začátek chráněné práce. Ta poskytuje chráněné a vstřícné prostředí a nemocný zde pracuje pouze na menší úvazek. Chráněná práce bývá velmi často obsahem závěrečné fáze v terapeutické komunitě. Člověk si zkouší pracovat mimo prostředí komunity a díky tomu se i od komunity odpoutává a vyjíždí do reálného světa.

3.5 Psychoedukace a práce s rodinou

Farmakoterapie spolu s psychoedukací je základem pro prevenci relapsu. Relaps znamená návrat akutních příznaků psychotického onemocnění. HARTL a HARTLOVÁ (2010) popisují relaps jako znovu vzplanutí již potlačené choroby a znovu objevení se symptomů onemocnění. K tomu může dojít při snižování medikace, nebo pokud byla preventivní léčba přerušena příliš brzy. Proto je důležité zůstat v léčbě dlouhodobě, i když se to na první pohled může zdát zbytečné. Klienti často mluví o tom, že se jim už užívání

léků zdálo dlouhé a nic je netrápilo a tak je bez vědomí lékaře vysadili, bohužel tento způsob je v podstatě zaručený relaps.

Současně realaps psychózy znamená i přetrvávající zranitelnost celkově organismu, který na vnější zátěž může reagovat psychoticky. Proto je důležité s člověkem s psychotickým onemocněním pracovat jak na vnější zátěži, která zvyšuje riziko relapsu, tak i na vnitřní zranitelnosti, která sice bude vždy přetrvávat, ale je možné ji ovlivňovat. Vnitřní zranitelnost ovlivňuje dlouhodobé užívání antipsychotik. Nemocný by je měl užívat ještě dva roky po odeznění akutních příznaků při první epizodě, při druhé epizodě by je měl užívat ještě pět let a po třech a více epizodách je třeba v některých případech brát medikaci i trvale.

Mezi vnější faktory, které je třeba ovlivňovat, patří zejména stres, nejasné prostředí, nesrozumitelné mezilidské vztahy, chaos v životě, ztráta zaměstnání, příjmu a bydlení, užívání návykových látek, nenaplněný volný čas i nestrukturovaný režim dne. Na tyto vlivy jsou účinné psychosociální vlivy, ve smyslu skupinové a individuální terapie, rodinné terapie, psychoedukace, rehabilitace a později i práce v chráněném prostředí (DOUBEK aj., 2010).

Psychoedukace je důležitá technika při práci s lidmi se schizofrenií a jejich rodinami, jejím prostřednictvím jsou poskytovány informace o povaze onemocnění a možnostech léčby. „*Psychoedukace se skládá z edukace, kognitivní rehabilitace, psychoterapie a nácviku sociálních dovedností*“ (DOUBEK aj., 2010, s. 32). Pro členy rodiny je důležité, aby byli schopni vhodně přistupovat k nemocnému. Proto potřebují informace o chorobě, o diagnóze konkrétně, o důsledcích onemocnění, příčinách a o léčbě a její nezbytnosti, vedlejších účincích a možných komplikacích (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009).

Nejvhodnější je začít s psychoedukací již po první psychotické atace, kdy nemocní dostávají důkladné informace o onemocnění, že

se může opakovat a jak je nutné postupovat, aby se tak nestalo, hlavně v podobě užívání antipsychotik, zároveň je jim poskytnuta podpora. Součástí jsou i skupiny na rozvoj kognitivních funkcí, hlavně v podobě trénování paměti a skupiny na trénink komunikace.

Rodina je pro člověka přirozený podpůrný systém, který mu poskytuje zázemí a podporu, proto je velmi důležité zainteresovat do léčby člověka se schizofrenií i jeho rodinu. Je důležité vytvořit v rodině příznivé klima, kde se nebudou objevovat prudké emoce v podobě výčitek, hádek a obviňování, kdo za nemoc může. Pokud by toto v rodině probíhalo, tak se citlivý člověk se schizofrenií stáhne do svého bezpečnějšího a známého psychotického světa (DOUBEK aj., 2010).

Může se zdát, že se duševní onemocnění týká pouze člověka, který jím trpí. Opak je však pravdou, onemocnění totiž zasahuje do struktury celé rodiny. Rodina je ucelený systém a každý člen v ní má své místo. Jakmile je jeden příslušník rodiny zasažen jakýmkoli onemocněním, automaticky to ostatní členy rodiny rozkolísá. Mít v rodině duševně nemocného člověka bývá většinou společenská tabu, což způsobuje izolaci od přátel a známých. Velmi často dochází i k pocitům viny u členů rodiny. Například rodiče začínají pochybovat o správnosti výchovy svého dítěte, které trpí schizofrenií. To má za důsledek velké množství emocí, které se často objevují v extrémních formách. Rodinní příslušníci jsou ve velkém tlaku a jsou často frustrováni, že se musí o nemocného starat. Často již není možné mezi sebou efektivně komunikovat. Důvodem je i to, že člověk se schizofrenií může trpět halucinacemi, což u rodiny vede k nepochopení, k pocitům úzkosti, obav a následně i k hněvu a hádkám. Po odeznění akutní fáze stále přetrvávají negativní projevy onemocnění, které mohou být často zaměňovány za lenost (SAVENJE, 2009).

S rodinou lze pracovat pomocí rodinné terapie, rodinného poradenství či v rámci komunitních služeb, které si formu práce

s rodinou určují individuálně. Používají se rodinné skupiny s nemocnými i bez nich. Některé se právě soustředí na výše zmíněnou psychoedukaci. U skupin věnovaných pouze rodinným příslušníkům je cílem ulevující zážitek, že v tom nejsou sami, že jejich rodina není jediná „divná“. Rodinám je nabídnuta možnost poslechnout si zkušenosti jiných, co zažívají to samé a vzájemně si tak pomoci a podpořit se. Obecně by při práci s rodinou neměl být hledán viník v rodinných řadách, ale naopak by měla znamenat úlevu a možnost vývoje pro všechny členy rodiny (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009).

Práce s lidmi se schizofrenií je velmi specifická. Tito lidé jsou velmi vnímaví a citliví na emoční projevy druhých lidí. Proto vždy vycítí sebemenší nesrovnalost ve verbálním a neverbálním projevu člověka. Na tento fakt si proto musí dávat pozor terapeuti, kteří s takovými lidmi pracují, aby nezklamali důvěru svých klientů. Pokud se tak stane, je o to horší přímět schizofrenního klienta, aby zakoušel realitu pomocí navazování vztahů s lidmi. Klient vycítí, zda je terapeutem přijat či nikoli.

Dalším velmi důležitým bodem je jasná a čitelná komunikace v podobě srozumitelných informací, aby nedocházelo k podporování paranoidního podhoubí. Těmito zásadami by se měla řídit jak praxe sociální, tak psychoterapeutická.

Jak jsme se v této kapitole dozvěděli je nezbytné klienta se schizofrenií motivovat ke komplexní léčbě, která propojuje farmakoterapii, psychoterapii, pracovní a sociální rehabilitaci, práci s rodinou a psychoedukaci. Komplexnost je důležitá především jako prevence relapsu.

4. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA MÝTO

V této kapitole budou představeny historické základy, na kterých vznikly terapeutické komunity, jaké známe dnes. Jsou dva hlavní koncepty komunit, jak je popsal KALINA (2008) ve své publikaci *Terapeutická komunita*. Jedním je model hierarchický, který je užíván při léčbě drogově závislých. Druhým model je demokratický, který je používán při léčbě dlouhodobě duševně nemocných. Demokratický model a jeho vznik bude předmětem této kapitoly. Dále zde bude popsáno specifické prostředí terapeutické komunity Mýto a principy práce.

Komunita specializující se na schizofrenní klientelu je charakteristická svým individuálním přístupem. Nemá ani jinou možnost, díky specifickým onemocnění. Tím, že se u každého jedince projevuje schizofrenie jiným způsobem, má potom každý v určitém směru jiné potřeby. Na to je v terapeutické komunitě nutno hledět, ale zároveň je také nutné dodržovat formu komunity. Tento spor je vyřešen prakticky v TK Mýto tím, že každý klient si může „uvařit“ svou podobu náplně práce v komunitě. Opět do té míry, aby nebyla znevýhodněna celá skupina. Klienti mohou projít úspěšně celým pobytem pouze na jedné úrovni. Tento přístup klade velké nároky na terapeuty, kteří musí zohledňovat, jak potřeby jedinců, tak potřeby celé komunity.

4.1 Historie a vznik terapeutických komunit

Terapeutické komunity mají dlouhou historii. Její základy jsou založeny v křesťansko-židovských náboženských komunitách, které sloužily pro lidi, fungující v rozporu se společenskými normami tehdejší doby. Celkově měli náboženské spolky silně ovlivňující charakter na podobu dnešních terapeutických komunit. Zároveň se v této oblasti angažovala i různá pedagogická společenství (KOOYMAN aj., 1992).

Historie terapeutických komunit začala experimentálními projekty v britské vojenské léčebně v Northfieldu. Do té doby, byly psychiatrické léčebny hlavním místem, kam se mohl uchýlit člověk s duševním onemocněním. Kapacita klientů se stále zvyšovala a díky tomu docházelo ke zhoršování kvality služeb. Hlavním problémem byla ztráta kontaktu s okolním světem, apatie, neschopnost plánovat, ztráta zájmu o vlastní osobu a ztráta zájmu opustit léčebnu. V Northfieldu chtěli zakladatelé komunity přistupovat ke klientům zcela odlišně. Zejména v tom, aby se všichni členové komunity podíleli na každodenním životě a vzájemně sdíleli odpovědnost (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009).

O rozvoj terapeutických komunit se zasloužil zejména anglický psychiatr Maxwell Jones. Ten chápe terapeutickou komunitu, jako léčebné společenství, kde se klienti podílí na plánování a řízení společných aktivit a léčby. Jones prakticky rozvinul principy terapeutické komunity u psychóz na venkovské psychiatrické léčebně Dingleton v Melrose ve Skotsku, kde se stal lékařským ředitelem. Hlavní myšlenkou jeho konceptu je, že skupinové léčení v ústavu je ovlivňováno sociální kulturou v ústavu, proto by tato kultura měla doplňovat účinky skupinové terapie. Proto vytvořil v léčebně program rozdílný od klasického hierarchického a autoritativního modelu. Zde je hlavním principem demokratické rozhodování mezi všemi účastníky programu (mezi vedením, personálem a pacienty). *„Podstatnou součástí této organizace jsou denní schůze celého oddělení, všech pacientů i personálu, na kterých jsou projednány jak praktické a materiální otázky, tak některé osobní problémy pacientů.* (KRATOCHVÍL, 2006, s. 251). V tomto systému se klienti stávají spoluterapeuty, proto se na ně přenáší i část odpovědnosti při řízení oddělení. Veškerá rozhodnutí komunity je potřeba dělat v přítomnosti všech členů, aby měl každý možnost se k němu vyjádřit (KRATOCHVÍL, 2006).

Hlavními principy léčby v terapeutické komunitě jsou tedy vlastní aktivita, která se projevuje v účasti na pracovním programu, dále svoboda, člověk není držen za mřížemi a v neposlední řadě odpovědnost, kdy má klient odpovědnost za sebe a své činy (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009).

Terapeutické komunity nejprve začaly vznikat pro klienty s neurotickým onemocněním a pro klienty se závislostí. Později byly budovány i komunity pro psychotické klienty, které vznikaly předěláním již fungujících oddělení v léčebnách. „*Příkladem může být D.Cooper v Shenley Hospital (Villa 21), R.D. Laing v Kingsley Hall, G. Pullen ve Fulbourn Hospital. Nebo šlo o zařízení s alternativní formou hospitalizace – Soteria House v San Francisku nebo Soteria v Bernu*“ (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009, s. 193). V zahraničí jsou tedy formy terapeutických komunit pro psychotiky poměrně vidět, kdežto u nás se formou terapeutických komunit nechalo inspirovat pouze pár oddělení léčeben, například v Opavě a Kroměříži. V jiných léčebnách zůstal pokrok stát na formálních ranních komunitách (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009). V současné době funguje v České republice pouze jedna komunita, která je zaměřena na schizofrenní onemocnění – Terapeutická komunita Mýto. Většina komunit v ČR je specializována na závislosti.

Terapeutická komunita u psychotiků má zcela jinou povahu, než komunity pro jiné cílové skupiny. „*Projevuje se to především v míře, ale i kvalitě požadavků, které se na terapeutickou komunitu psychotiků kladou*“ (SYŘIŠŤOVÁ, 1989, s. 153). Cílem terapeutické komunity je obnovení aktivity a pocitu spoluzodpovědnosti. Podle KALINY (2008) jsou takovéto komunity pro psychiatrické klienty, popisovány jako demokratické a vycházejí z konceptu Maxwella Jonese. Druhý koncept terapeutických komunit je označován jako hierarchický a ten je používán hlavně při léčbě drogově závislých.

4.2 Popis sociálního zařízení

V současné době existuje v České republice pouze jedna komunita, která se specializuje na práci s lidmi se schizofrenií, je to Terapeutická komunita Mýto (dále jen TK Mýto). Komunita byla založena v roce 2003 Českou asociací pro psychické zdraví s původním sídlem na statku ve Stříteži. V roce 2007 byla komunita přestěhována do Mýta u Rokycan, podle kterého se i nyní jmenuje (ČAPZ, 2010). V prostorách bývalé fary se nacházejí místa pro celkem 12 klientů, pro 8 mužů a 4 ženy, kteří zde mohou strávit rok. Společně s týmem terapeutů tvoří komunitu, ve které se její členové učí znovunabytí pracovních návyků, samostatnosti a komunikaci. Posláním komunity je „*snaha o zkvalitnění života a posílení samostatnosti lidí se schizofrenií*“ (ČAPZ, 2010).

Terapeutická komunita Mýto je registrovaná jako sociální služba. Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění platném k 14. 3. 2006, poskytuje pobytovou službu pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Klienti mají zájem o začlenění se do běžného života. Služba dle zákona obsahuje tyto činnosti: stravu, ubytování, kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc v právních a sociálních záležitostech.

V průběhu let se komunita vyvinula a některé prvky v programu jsou podobné jako v komunitách pro drogově závislé. K dnešní podobě došli pracovníci komunity na základě zkušeností práce s klienty s duševním onemocněním. Díky průběhu onemocnění ztrácejí lidé se schizofrenií zájem o sebe a o své okolí, tím i ztratí běžné životní návyky a schopnost postarat se o své potřeby. V tomto směru je proto důležitý jasně strukturovaný den v podobě denního režimu. Tím se mohou klienti naučit a upevnit tyto každodenní aktivity. Zajímavé je, že je velmi křehká hranice mezi příliš volným režimem a příliš náročným režimem. U

schizofrenních klientů je totiž nutnost počítat s tím, že potřebují i čas na odpočinek a zpracování zážitků ze dne.

Onemocnění schizofrenie zasahuje do života člověka ve všech oblastech. Proto kompletní léčba v terapeutické komunitě také zasahuje do všech životních oblastí a působí na získání náhledu na nemoc, porozumění mechanismu svého onemocnění (například jaké události spouští onemocnění a jak tomu můžu předcházet), přijetí nemoci, cvičení sociálních dovedností, upevňování a utváření vztahových sítí, práci s emocemi, rozvíjení komunikačních dovedností, rozvíjení kognitivních funkcí, naučit se zacházení s medikací a komunikovat s rodinou. Obecně lze říci, že program komunity obsahuje dva vzájemně se ovlivňující proudy a těmi jsou pracovní rehabilitace a psychoterapie.

4.3 Co je léčivé v komunitě

HARTL (1997) popsal hlavní zásady terapeutické komunity jako spoluúčast, vzájemnou komunikaci, rovnoprávnost v rozhodování, pospolitost a permisivnost.

Spoluúčast znamená, že členové komunity se aktivně účastní na své vlastní léčbě i na léčbě ostatních členů. Vzájemná komunikace probíhá jak mezi klienty navzájem, tak i mezi klienty a týmem. Takový přístup přináší otevřenost a porozumění, což je důležité pro vznik komunity.

Rovnoprávnost v rozhodování znamená, že každý člen má svůj hlas a všichni se podílejí na řízení komunity. Jakýkoli problém se prodiskutovává před celou komunitou a zodpovědnost za řešení má také celá komunita.

Pospolitost je nenahraditelná ve smyslu podporování vztahů mezi členy komunity, ke kterému dochází při společné účasti na denní činnosti, na skupinách, kde dochází ke vzájemnému porozumění a

pomoci. Roli zde hraje i kritika, která poskytuje silnou zpětnou vazbu jednotlivým členům komunity. Někdy je těžké pro nové členy se přizpůsobit komunitě a dát do pozadí vlastní aktuální potřeby.

Permisivnost je postoj, který se vyhýbá kritizování druhých. Jeho základem je akceptace a respekt i v případě, že chování některého člena vybočuje z normy. Toto chování není ignorováno, ale naopak se o něm hodně mluví a komunita se snaží přijít na příčiny, proč to dotyčný dělá. Díky tomu může dojít k náhledu.

Komunita je bezpečným prostředím, které je utvářeno na určitých základech. Jedním ze základů je dobrovolnost, což znamená, že je klient v komunitě z vlastní vůle a také může z komunity kdykoli odejít, pokud bude chtít. Je to velmi důležitý prvek, který souvisí s motivací člověka. Pokud je člověk nespokojen se svým současným stavem a chce něco změnit na svém dosavadním životě, pak na tom pravděpodobně bude pracovat, na rozdíl od člověka, který v komunitě být nechce, ale pod nátlakem musel do služby nastoupit. V takových případech většinou léčba není produktivní.

Dalším důležitým faktorem jsou základní pravidla. V TK Mýto jsou to tato pravidla: čistota od drog, alkoholu a jiných závislostí, zákaz fyzického a psychického násilí na ostatních i sobě, povinnost účastnit se programu a respektovat rozhodnutí komunity a zákaz navazování partnerského nebo sexuálního vztahu s ostatními členy komunity. Utvářejí prostředí komunity bezpečné. Je totiž jasné, že pokud jsou pravidla porušena, bude následovat vyloučení. Je to neměnná jistota, která je pro vytvoření bezpečí a důvěry nezbytná. BROŽA (2007) popisuje, že terapeutické komunity jsou uměle vytvořeným společenstvím, které se alespoň v některých aspektech, jako jsou bezpečí, hranice a kvalita vztahů, snaží podobat dobré rodině. Je možné to pozorovat i na cílech, které má komunita společné s rodinou. Jsou to „...*žít kvalitní život a vychovávat klienty tak, aby byli schopni se v realitě o sebe sami a dobře postarat (sociální dovednosti, přizpůsobení), uvědomili si, přijali,*

uvěřili a naučili se používat svou hodnotu (psychoterapie)“ (BROŽA, 2007, s. 83). Vytváření pravidel je proces, který nekončí. Všechna pravidla musí mít svůj smysl a klienti s ním musí být vždy seznámeni. Pravidla v TK Mýto jsou dělena do hlavních dvou skupin na pravidla základní, které jsem již výše popsala a na vedlejší pravidla, které se týkají praktických opatření a bezpečnosti práce (klienti nesmí manipulovat s ohněm v budově, nesaahají na elektrické vedení, mají zákaz pití energetických nápojů, apod.). BROŽA (2007) popisuje ještě další dva typy pravidel a to jsou nepsaná pravidla a nevědomá pravidla. Nepsaná pravidla se v komunitě, stejně jako v jakémkoli jiném společenství, vyskytují zcela spontánně. Mohou tak například vznikat komunitní tabu. Nevědomá pravidla se týkají v podstatě osobních pravidel a norem každého jednotlivce v komunitě. *„Mohli bychom je také nazvat nevědomým působením superega každého člena komunity na posuzování a ovlivňování vnějšího okolí“* (BROŽA, 2007, s. 88). Tento faktor je přítomen jak u klientů, tak i u terapeutů. Terapeuti by o něm měli ale vědět a umět s tímto motivem pracovat.

Pravidla pomáhají i k tomu, aby prostředí komunity bylo jasné a srozumitelné, právě díky tomu, že komunitu rámuje. Ke srozumitelnosti pomáhá i jasná komunikace a jednoznačné reakce, které klienti dostávají od terapeutů, jak je popsáno již výše v textu dle PONĚŠICKÉHO (2004).

Sdílení je dalším faktorem, na kterém komunita stojí a je to myšleno jako otevřená komunikace, kdy si členové komunity vyměňují své zkušenosti a zážitky a komunikují jak mezi sebou, tak i mezi členy týmu. Je to součástí vytváření vztahů mezi klientem, druhým klientem a terapeutickým týmem. Děje se tak prostřednictvím mluvení o záležitostech komunity, při hledání konkrétních způsobů řešení problémů a plánování činnosti. Tím se klienti zároveň učí překonávat svoji izolaci a podílet se na společném světě. Překonávají tak zažité postoje, které souvisí

s nemocí a rozvíjejí je na postoje zdravé. Zároveň je takto účelově posilováno žádoucí chování. Vyzdvihují se klientovi silné stránky a díky tomu potom ví, o co se může u sebe opřít a na čem stavět. Skupina si je tak vzájemně nápomocna díky zpětným vazbám, které si dávají. Vzájemně se tak od sebe učí, jak pracovat s psychózou a jak se s ní vyrovnat (DOUBEK aj., 2010).

Další základnou je samotná filosofie komunity, že změna je možná. Když tomu obyvatelé věří, tak se změny i dějí. Komunita je strukturovaná do několika fází právě za účelem starších klientů na nově příchozí a motivovali je k práci na sobě. Nováčci vidí, co všechno se zvládá ve vyšší fázi a kam až se v aktivitě mohou také dostat. K posílení této filosofie slouží i psychoedukační skupiny, na kterých klienti přijímají informace o možnosti léčby schizofrenie a jsou zde bourány mýty, které jsou ve společnosti v souvislosti s touto nemocí zažity. KALINA (2008) popisuje smysl terapeutických komunit jako místo změny. Prostředí terapeutické komunity je vytvořeno tak, aby síť vztahů, interakce mezi členy, pravidla, role a hodnoty, které jsou v komunitě, způsobily pozitivní změnu u jednotlivců. Členové komunity se zde setkávají s tím, že se jim objevují stejné problémy, jako v minulosti. Díky tomu vzniká materiál pro terapeutickou práci, který je možný řešit „tady a teď“. V komunitě si mohou těchto situací všimnout a něco si z nich odnést. Na změnu působí tedy celý kontext komunity zároveň a spolupráce jednotlivých složek, jako je struktura, komunitní setkávání, podpora a jistota, pomoc od ostatních klientů, sounáležitost, režim dne a jasná pravidla a hranice. Terapeutická komunita je specifická vírou v to, že se zde člověk může změnit celý. Toto je možné vzhledem k přijímání odpovědnosti za sebe a svůj život a také za své okolí. Skupinové prostředí proces změny urychluje v kombinaci s individuální prací a strukturou, kterou komunita utváří, člověka stabilizuje a ukotvuje. U psychotického onemocnění, ale není možné změnit celou osobnost. Lze pouze ovlivnit, některé životní oblasti. V tomto ohledu je důležité u lidí

s psychotickým onemocněním pracovat na změně v sociálním okolí a v rodinném prostředí.

Celý tento rámec je vyplněn neustálým tréninkem sociálních dovedností a kognitivních funkcí, které si lidé se schizofrenií potřebují obnovit či naučit, což je zprostředkováno pomocí denního režimu. Režim je stereotypní, protože lidé se schizofrenním onemocněním jsou velmi citliví na změny. V situaci, která je pro ně nová, se musí zorientovat a z počátku se v ní ztrácí. Potom je možné, že pokud se v prostředí necítí dostatečně bezpečně, tak mohou utíkat do psychotických projevů. Režim je současně i volnější, protože je potřeba nechat lidem se schizofrenií prostor pro zpracování informací a pro odpočinek. Před nástupem do komunity většina klientů není zvyklá na aktivitu. Každodenní činnost pomáhá klientům k posílení pocitu užitečnosti. Díky tomu se tak připravují na vstup do reálného života.

Terapeutická komunita je pouze začátek léčby, zde se člověk naučí v živém prostředí reagovat, porozumět sám sobě a nacvičit si činnosti a aktivitu. Velmi důležité je potom ukotvení nových vzorců chování a jejich prožívání v reálném životě. Jedná se zde o celkovou léčbu (KALINA, 2008).

4.4 Principy práce v TK Mýto

Materiály k této podkapitole jsou čerpány z interních metodických materiálů TK Mýto a také z mé vlastní tříleté pracovní zkušenosti v této komunitě. Na vytváření metodiky v TK Mýto jsem se přímo podílela.

4.4.1 Struktura komunity

Roční pobyt v komunitě je rozdělen celkem do čtyř fází. Jednotlivé fáze se liší mírou pravomocí a odpovědnosti. Každá z těchto fází má svůj konkrétní cíl a náplň a s postupem do vyšší fáze se zvyšuje i kvalifikace klienta. Časové ohraničení není striktní a každý klient si délku své fáze může určit sám, samozřejmě se souhlasem komunity.

0. fáze

Tato fáze jako jediná je časově ohraničena od příchodu klienta do komunity až do první velké komunity, která se koná jednou za měsíc a na které se scházejí všichni členové komunity i celý tým. Je to slavnostní setkání, na kterém se konají veškeré komunitní rituály.

Během této fáze se má klient rozhodnout, zda chce v léčbě pokračovat, či pro něj není vhodná. Stejně právo má i komunita, zda nového člena přijme mezi sebe či nikoli. Tato fáze se dá také označit jako zkušební měsíc.

Cílem je, aby se nově příchozí seznámil a sžít s pravidly a režimem komunity. Zpočátku může být režim obtížný hlavně v případě, že klient není zvyklý na denní aktivitu. Potíže mohou nastávat u ranního vstávání, docházení včas na program a výdrže u činnosti. Aby se nově příchozí dokázal zorientovat v systému komunity, tak dostává svého patrona. To je klient z vyšší fáze, který je již v komunitním systému zběhlý a je nováčkovi oporou a rádcem, během celého prvního měsíce. Druhým podpůrným člověkem se stává klíčový terapeut, což je člen týmu, se kterým bude nově příchozí individuálně pracovat na svých cílech po celou dobu pobytu.

Dalším úkolem pro nového klienta je absolvování životopisné skupiny. Ta se koná po třech týdnech od jeho příchodu. Slouží pro

představení jeho dosavadní historie a možné vytyčení témat, na kterých by bylo dobré pracovat.

Po splnění výše uvedených cílů může být klient přijat do komunity a současně postoupit do I. fáze. Děje se tak na již zmíněné velké komunitě, kde před přijetím klient zhodnotí svůj dosavadní pobyt a prezentuje své osobní cíle, kterých by chtěl v komunitě dosáhnout. Od všech členů komunity dostane zpětnou vazbu, jak na své fungování, tak i na určené cíle. Potom je rituálně přijat do komunity.

I. fáze

V této fázi je nový člen již naplno zapojen do chodu komunity. Již by měl zvládat režim a ovládat pravidla komunity. Náplní této fáze je postupné učení se dovednostem v běžné práci, v péči o dům, o sebe a učení se sdílet s komunitou vlastní témata. Zároveň je důležitým úkolem této fáze aktivní práce na vytyčených osobních cílech a intenzivní spolupráce s klíčovým terapeutem.

Běžná práce a péče o dům probíhá formou týdenních služeb, ve kterých se klienti pravidelně střídají. Jsou to služby v úklidu a v kuchyni. Klient I. fáze je vždy v roli pomocníka a od svého šéfa (klienta ve II. a III. fázi) se učí praktické dovednosti, jak se uklízí a jak se vaří, aby byl časem schopen sám vést. Pokud na klienta nevyjde žádná služba je zapojen do pracovní činnosti, která se často týká údržby domu, jako jsou drobné opravy, které jsou aktuálně potřeba, práce na zahradě, jako například sekání trávy, plení záhonků, sázení plodin a podobně, nebo nějaká tvořivá činnost v podobě keramické dílny, výroby korálků nebo svíček. Pokud vše funguje jak má, tak sami klienti jsou si navzájem oporou a učí se novým věcem jeden od druhého. V případě, že je přítomno hodně nových členů, tak musí sami terapeuti zastávat roli šéfů a vést nováčky. Vždy je ale pro samotné klienty přínosnější, když je vede starší člen komunity, který jim může být vzorem a působit na ně motivačně.

Během této fáze se klient učí pečovat sám o sebe, jak ve smyslu osobní hygieny, se kterou někteří mohou mít problém, tak i ve smyslu sdílení osobních témat se skupinou a ventilování problémů. Díky tomu, že klienti spolu musí každý den pracovat a zároveň spolu žijí, musí spolu i komunikovat a řešit různé komplikace, nedorozumění ale sdílet i zábavné okamžiky. Tímto trénují sociální dovednosti na úrovni běžné interpersonální komunikace. Druhou úrovní v tréninku sociálních dovedností je skupinové dění a interakce mezi členy. Konkrétně jsou prostřednictvím těchto úrovní trénovány dovednosti, jako jsou pochvaly a ocenění, sebeprosazení, negativní kritika, řešení problémů a utváření kompromisů.

I v této fázi má klient jednu povinnou skupinu a tou je skupina na téma rodina. Toto téma slouží k tomu, aby se členové komunity seznámili s prostředím, ze kterého klient pochází a kam bude klient jezdit na výjezdy.

Pokud klient splní náplň I. fáze a sžije se kolektivem a komunitním systémem, začne být užitečný pro komunitu, ve smyslu schopnosti předávat zkušenosti mladším klientům a aktivně se účastní denního programu, tak je připraven přejít do II. fáze. Pro přestup musí absolvovat přestupovou skupinu, kde si obhájí motivy svého přestupu a budoucí cíle, na kterých bude pracovat během II. fáze. Pokud mu komunita schválí přestup, pomocí hlasování, může na velké komunitě slavnostně přestoupit do vyšší fáze.

II. fáze

S postupem do vyšší fáze přichází i větší zodpovědnost. Tato fáze je zaměřena na péči o komunitu a ostatní členy. Klient v druhé fázi vykonává šéfovské funkce v kuchyni a úklidu, což znamená, že tyto činnosti organizuje, vede a dohlíží na svého pomocníka. Zároveň přibývá i důležitá funkce zvoníka, což je také jedna z týdenních služeb vyšších fází. Zvoník v podstatě řídí celý dům, dohlíží na práce ostatních klientů, dohlíží na časy, svolává ostatní na činnosti, vede ranní a večerní komunity. To jsou společná setkání,

kteřá řámují den, slouží pro zhodnocení dne a zmapování nálady každého členu komunity.

Jak již bylo řečeno, klient ve II. fázi získává větší odpovědnost. Dohlíží na svého pomocníka a je zodpovědný za celkově odvedenou práci. Jeho povinností je všímát si i potřeb komunity, poskytovat zpětné vazby ostatním, umět dávat i přijímat pochvalu a kritiku. Je to v celku nesnadný úkol, proto ve II. fázi mají šéfové vyhrazený prostor pouze pro sebe. Tato setkání se nazývají šéfovské skupiny, kdy se sejdou II. fáze, popřípadě i III. fáze u terapeutů a formou přátelského a partnerského rozhovoru si povídají o tom, jak to vypadá v komunitě s nováčky, dávají si navzájem podporu a plánují program na další týden. Na těchto skupinách je ideální prostor pro upozorňování na komunitní témata, která nejdou říci přímo a na skupině. Tímto se klient učí, že je potřeba starat se i o druhé lidi ve svém okolí a zažívají tak pocit užitečnosti a smyslu.

Vzhledem k tomu, že jsou šéfové velmi vytížení, tak pro ně zaveden i systém odměn. A to hlavně v podobě čtyř denních výjezdů domů (I. fáze má výjezd dvoudenní a 0. fáze nemá žádný výjezd), strukturovaného volna jednou za týden a možnosti volné soboty jednou za měsíc. Tím se klienti učí pracovat se svým volným časem. Musí si naplánovat den (nestrukturovat), tak aby jim ho komunita schválila. Toto volno klienti mají využívat pro práci na individuálním plánu.

V péči o sebe jsou nejdůležitějšími body příprava budoucnosti, organizování volného času, rozvíjení zájmů, náhledu na nemoc a učení se samostatnosti v užívání léků. Budoucnost je nutné plánovat již v této fázi pobytu, protože pokud chce jít klient například do chráněného bydlení, tak často musí čekat v pořadníku až půl roku. V tomto ohledu je jedná i o vyjednávání chráněné práce či nácvik samostatného bydlení, podle toho, kam bude klient pokračovat.

Nakládání s volným časem si klient trénuje jak ve funkci zvoníka, kdy má zorganizovat sobotní výlet pro celou komunitu, tak i formou svého osobního strukturovaného volna. Je velmi časté, že klienti neumí s volným časem nakládat a pro prevenci relapsu je důležité právě od začátku pobytu motivovat klienty při pěstování jejich koníčků, aby v budoucnu byli schopni si den vyplnit sami.

Léky jsou od začátku pobytu pod dohledem terapeutů. Pokud klient pravidelným užíváním prokáže schopnost se o léky starat sám, na jeho žádost je dostane do vlastní péče. Díky tomu, že medikaci je nutno u lidí se schizofrenií užívat dlouhodobě, je třeba, aby se s tím naučili pracovat i za rizika, že léky nemusejí brát. Je v pořádku, když si nebrání léků a s tím i spojené komplikace, vyzkouší v chráněném prostředí komunity.

Pokud klient ve II. fázi dlouhodobě a zodpovědně přistupuje k práci a svému rozvoji, zvládá funkce, účastní se řízení komunity, plní individuální plán, zvládá výjezdy, strukturuje si volný čas a aktivně si zařizuje budoucnost, potom může požádat o přestup do III.fáze. Před přestupem je nutné projít osobní skupinou na téma podpůrné osoby, která slouží klientovi k uvědomění si, jaké má podpůrné osoby mimo komunitu. Výsledky z této skupiny se stávají podnětem pro další práci a rozvoj vztahů. Zároveň klient musí absolvovat skupinu přechodovou, na které obhazuje motivy přestupu a plán na další fázi pobytu. Při schválení komunitou může opět na velké komunitě rituálně přestoupit.

III. fáze

Tato fáze je charakteristická odpoutáváním se od komunity a vyjížděním ven za prací. Klient by si zde měl trénovat pracovní návyky mimo komunitu a zároveň se stále vracet do bezpečného prostředí. Může si tak venku zkusit vše, co se v komunitě prozatím naučil.

Další důležitou náplní je zařizování si budoucího samostatného bydlení. Ve III. fázi má klient možnost vyjet do prostředí, kam se chce vrátit, na delší dobu, aby si vyzkoušel, zda bude moci fungovat.

Do komunity se stále vrací, protože zde má podporu ostatních členů a týmu. III. fáze je náročná v tom, že může docházet k vracení se problémů, které se již zdáli být vyřešeny. Často zde také dochází k relapsu, který když je včas zachycen a překonán slouží jako vzácný materiál pro práci s nemocí. Zároveň je i náročné nebýt úplně součástí aktivit komunity. Být napůl venku a napůl uvnitř.

V komunitě člen III. fáze slouží pro ostatní jako vzor a pozitivně je motivuje při práci na sobě. Svým fungováním dává ostatním naději, že jednoho dne budou schopni pracovat, tak jako on. Zároveň je i důležité pro ostatní vidět, že takto zkušený člověk si může dovolit uklouznout a chybovat a nestane se nic hrozného. Tím, že III. fáze vyjíždí ven za prací, funguje pro komunitu, jako spojující prvek s realitou z řad klientů.

Stejně jako u předchozích fází je třeba absolvovat i osobní skupinu, nyní na téma „Jak funguji v komunitě, co plánuji po komunitě“. Skupina slouží klientovi k uvědomění si jak se má v komunitě, jak to zvládá venku, co má zajištěné a kde by měl ještě zapracovat nebo kde by potřeboval podporu.

Poslední skupina, kterou absolvuje je skupina závěrečná. Ta je prostorem pro zhodnocení celého pobytu, pojmenování klíčových situací, zlomových bodů, úspěchů, neúspěchů a plánů do budoucna. Zároveň klient pohovoří o tom, jak se ve skupině cítil, jaké měl místo a co si ze skupiny odnáší. Po této skupině klient ukončuje svůj pobyt závěrečným rituálem na velké komunitě.

Každá z výše popsaných fází je nejideálnější formou, jak by pobyt klienta měl vypadat. Tato struktura slouží k udržení formy

komunity a jasně vymezuje rámec pro klienty, jak a kam až se mohou pohybovat. Díky specifikám onemocnění je ale nutné myslet na individuální přístup, jak k celé komunitní struktuře, tak k jednotlivcům. Komunitní systém musí být dostatečně pružný, aby vyhověl potřebám klientů se schizofrenií. Tím, že se u každého člověka tato nemoc projevuje jinak, tak má každý do jisté míry nastavené fáze podle sebe. Někteří klienti se do této meze nevejdou a to i přes poměrně velkou pružnost v systému. Bývá to často díky silnému odtržení od reality spojeným se silným kognitivním deficitem.

4.4.2 Práce s klientem

V terapeutické komunitě Mýto je pracováno na dvou úrovních a to na úrovni individuální a skupinové. Veškerá práce je dosazená do struktury a rámce komunity, který je popsán v předcházejících podkapitolách.

PRAŠKO (2003) popisuje zásady správné komunikace s nemocným trpícím schizofrenií. Nemocní pociťují oddělenost od světa a izolaci. Sami to popisují, že jsou jako za zdí. Díky správné komunikaci může nemocný začít důvěřovat svému okolí a začít tak navazovat bezpečné vztahy s lidmi. Mezi zásady patří používání jasných a srozumitelných informací. Snižuje se tak riziko, že by mohlo dojít k nedorozumění. Nevhodné jsou dvojsmysly či ironie. V situaci, kdy je člověk v bludné představě není vhodné ho přesvědčovat, že nemá pravdu, to znamená vyvracet blud. Ani opak není vhodný, tím myslím blud naopak potvrzovat a tím ho posilovat. V této situaci je vhodné poukazovat na odlišnosti v realitě, které vnímám a zaujmout postoj, že věřím tomu, co nemocný prožívá. Při komunikaci s nemocným je nezbytné se vyvarovat dvojných vazby, při které se dostávají do silné úzkosti.

Podstatné je v celém přístupu k lidem se schizofrenií je neznescopňovat, to znamená neubírat jim na odpovědnosti.

4.4.2.1 Skupinová práce

Člověk díky skupině zažije, že není sám a podobné věci se stávají i ostatním členům. YALOM (2007) to popsal, jako jeden z účinných faktorů skupinové psychoterapie, jako univerzalitu. PRAŠKO (2003) uvádí ve svém článku Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz, že se členové skupiny od sebe vzájemně učí, jak s psychózou pracovat a jak se s ní vyrovnat. Vzájemně si pomáhají při zdolávání každodenních problémů, zvyšují přijetí sebe sama, pomáhají si se zakoušením reality, trénují sociální dovednosti a pomáhají si v utváření náhledu na nemoc. Každý má svůj navyklý vzorec chování, který je při skupinové práci znatelný, a který by mělo ve výsledku skupinové dění pomoci změnit.

Většina skupin je jasně strukturovaná a vedení skupiny má v rukou terapeut. Skupinová práce v TK Mýto probíhá po většinu času. Zahrnuje setkávání na komunitách, na psychoterapeutických skupinách, ale i během sportovních aktivit a tvůrčí práce.

Komunity

V TK Mýto je každý den, kromě neděle ohraničen ranní a večerní komunitou. V neděli probíhá pouze komunita večerní, protože je to den odpočinku. Tato setkání slouží ke zhodnocení a zarámování dne. Je vždy jasné, že den začíná ranní komunitou a potom končí večerní.

Ranní komunita trvá vždy třicet minut a slouží především ke zmapování nálady. Všichni členové komunity potom vědí, jak se každý má a čeho si popřípadě je potřeba všimnout u druhého. Když budou vědět, že kolega je podrážděný a pomáhá mu, když na něj ostatní nemluví, tak podle toho mohou jednat. Komunita je jasně

strukturovaná. Je to z důvodu, aby byla srozumitelná všem přítomným. Je zde myšleno na specifika onemocnění. Nejasná struktura by mohla klienty zúzkostňovat.

Na začátku komunity probíhá pětiminutová hra: „vymění se všichni ti, kteří...“, jejím účelem je rozhýbání klientů a částečné mapování nálad. Rozhýbání probíhá v tom smyslu, že všichni sedí na židlích do kruhu a o jednu židli je méně, proto jeden člen musí stát uprostřed. Právě on říká, že se vymění všichni, kterým se zdál například sen. Při výměně míst vždy někdo zůstane bez místa a pokládá novou otázku. Většinou se všichni alespoň jednou vymění. V této počáteční hře je tedy obsaženo probuzení, protože se klienti musí soustředit, popřípadě vymýšlet otázku a hbitě se pohybovat, aby se neocitli uprostřed. Začátek komunity je tak většinou hezky živý a aktivní a s tím mohou klienti vstupovat do nového dne.

Po krátké hře následuje uvítání klientem, který je ve funkci zvoníka, které trvá také pět minut. Ten má na starosti provozní část komunity. Zvoník má připraven úvod dne ve smyslu data a svátku a také citát či aktualitu, který nabízí ostatním pro diskusi. Citát slouží k tomu, aby se klienti dokázali už ráno zamýšlet nad podnětnými tématy a rozhýbali se i po této stránce. Zvoník se tímto učí plánovat dopředu (příprava citátu, data a svátku) a také mluvení před více lidmi, v jiné roli, než člena skupiny.

Po tomto úseku, kdy mělo dojít k naladění se na ostatní a usazení se na komunitě, přichází část, kdy si klienti mezi sebou házejí míček. Jakmile dostanou míček, tak si sdělují zážitky z večera, noci, zda se jim něco zdálo a jakou mají náladu. Technika házení míčku je zde opět použita pro udržení pozornosti a pro jasné vymezení, co se děje. V této části je důležitá role terapeuta. Ten by měl na klienty reagovat během kolečka, být dynamický a rozhýbávat komunikaci mezi ostatními. Také by měl poukazovat na souvislosti mezi událostmi a současným stavem klienta. Ostatní se i takto učí na sebe vzájemně reagovat. Tím, že je u klientů se

schizofrenií výrazně nižší skupinová dynamika, tak je důležitá zvýšená aktivita terapeuta.

Po tomto zmapování přichází na řadu provozní část, kterou má již na starosti opět zvoník. Provozní část znamená připomenutí týdenních služeb, rozdělení činností pro všechny členy komunity a praktické záležitosti, které je třeba vyřešit. Komunita je uzavřena buď opět hrou, anebo nějakým krátkým přáním do dne.

Z výše popsané struktury ranní komunity je znát, že hlavním účelem je rozpohybování klientů a mapování jejich stavu. Je zde použito v jedné půlhodině velké množství technik, zaměřených na aktivitu. Je to i toho důvodu, že rána bývají u klientů se schizofrenií obtížná na probuzení, hlavně v souvislosti s medikací.

Večerní komunity jsou časově ohraničeny hodinou. Struktura není tak pevně daná jako při ranních komunitách a některé části se často překrývají.

Komunitu zahajuje opět zvoník, který v krátkosti shrne, co se během dne dělo a vypíchne důležité události. Potom plynule přechází k osobnímu hodnocení dne, jak on sám celý den prožil, kdy mu bylo příjemně a kdy naopak docházelo ke krizím a proč. Je zde také použita technika házení míčku a tímto způsobem předávání slova druhému.

Po zhodnocení dne všech přítomných přichází prostor pro tematickou část. Zde mohou klienti přinášet různé náměty pro řešení. Většinou jsou tato témata z aktuálního dění v komunitě (konflikty mezi členy, odchody klientů, pochvaly, krize a co jsem s tím dělal, jak pracuji s úzkostí během dne a podobně). Někdy se osobní hodnocení prolíná s tematickou částí, tak že klient začne mluvit o tématu, které se nějakým způsobem zpracuje a pokračuje se v hodnocení dalšího člena.

Večerní komunita končí provozní částí, kde se plánuje následující den. Plánování probíhá i večer z toho důvodu, aby klienti nebyli

nervózní, co je příští den čeká a měli více času se na to vnitřně připravit. Úplné rozloučení probíhá krátkou hrou. Ta slouží k tomu, aby klienti nechodili spát rozrušení i po náročném tématu. Hra by měla sloužit jako filtr.

Terapeutické skupiny

Prostor pro sdílení na komunitách není dostatečný, proto postupem času vznikla v TK potřeba po vytvoření nového prostoru a to prostřednictvím terapeutických skupin. Každý den je jedna skupina, maximálně dvě. Jsou tematicky zaměřené, krátké a většinou strukturované. Opět z důvodu srozumitelnosti a pocitu jistoty a bezpečí.

V pondělí se koná skupina Přestupová. Je to skupina, která se koná na požádání klienta, který chce přestupovat do vyšší fáze, do fáze II. nebo III. Tato skupina je jednou z podmínek přestupu, trvá 45 minut. V obou těchto fázích jsou určité cíle, jak bylo popsáno v podkapitole o struktuře komunity. Aby klient mohl postoupit do vyšší fáze, tak musí na těchto cílech pracovat a splnit je. Samozřejmě na toto kritérium splnění a práce na cílech je pohlíženo individuálně v kontextu stavu určitého jedince. Někteřím klientům je nutno upravit jednotlivé fáze podle jejich kapacity. Přestupová skupina je tedy prostor, aby klient popsal, čeho dosáhl, na čem zapracoval a jak využije vyšší fázi. Je zde zohledňován postoj klienta ke komunitě vůbec. Na konci skupiny se klient dozví zpětné vazby od ostatních.

Úterý je věnováno Hodnotící skupině. Zde hodnotí každý klient jednou za čtrnáct dní své dosavadní fungování v komunitě. Tato skupina je velmi jasně strukturovaná. Každý, kdo hodnotí, má omezený čas 20 minut. V tomto prostoru odpovídá na předem dané otázky, které jsou sepsány na tabuli – jaké jsou mé krátkodobé cíle a co jsem zvládl/nezvládl, jaké mám vztahy doma/v komunitě, jak zvládám režim. Po zodpovězení otázek následuje dotazování na nejasnosti v hodnocení a potom následují zpětné vazby od ostatních

klientů. Na krátkodobých cílech každý klient pracuje od začátku pobytu se svým klíčovým terapeutem při individuálních sezeních. Hodnotící skupiny fungují k tomu, aby se klient trénoval v objektivizování svého chování a fungování v komunitě. Děje se tak prostřednictvím zpětných vazeb od ostatních klientů, jak člověka vnímají, na čem by měl ještě zapracovat.

Ve středu probíhají Osobní skupiny. Každá fáze pobytu má svou Osobní skupinu na určité téma, které musí splnit, aby člověk mohl postoupit dál. V nulté fázi je to skupina životopisná, kde člověk seznamuje komunitu se svou historií. Ve fázi první je tématem této skupiny rodina, aby komunita byla informovaná, z jakého prostředí člověk pochází. Ve druhé fázi klient musí projít skupinou s tématem podpůrných osob. Účelem je, aby si člověk uvědomil, jakou vztahovou síť má kolem sebe vytvořenou a kdo by mu mohl podat záchranou ruku, když se ocitne v krizi. V poslední fázi, ve třetí fázi je třeba projít skupinou s tematikou - co budu dělat po komunitě. Tato témata jsou vybrána podle specifik fází. V každé fázi je specifický úkol, kterým by se člověk měl zabývat, z toho potom vycházejí témata skupin. Nultá fáze je adaptační, tudíž by se klient měl s komunitou nějakým způsobem sžít a představit se jí. První fáze je důležitá motivací. Druhá fáze je charakteristická odpovědností. A třetí fáze je specifická odpoutáním se od komunity.

Ve čtvrtek probíhají šéfovské skupiny, kde se scházejí pouze vyšší fáze, které se nacházejí v roli šéfa. Zde je prostor mezi sebou sdílet radosti a zlosti spojené s šéfovskou funkcí. Tato setkání slouží k tomu, aby klienti mohli ovlivňovat chod komunity a mohli se podílet na jejím růstu. Zároveň je to i forma péče o vyšší fáze, které jsou v náročné pozici v komunitě.

Pátek obsahuje dokonce dva druhy skupin. Jeden typ jsou skupiny Tematické. Hlavními tématy jsou zde relaps, psychoedukace, vysvětlení režimu, osvěžení pravidel komunity, či aktuálně

potřebné téma, vycházející z dění v komunitě. Druhým typem jsou skupiny Kognitivní, kde se formou her a různých cvičení, posilují a rozvíjí kognitivní funkce, hlavně kapacity paměti, pozornosti a zlepšení řešení problémů.

Ve výsledku skupinový program není tak pestrý jako v jiných komunitách, například pro závislé. Je to opět kvůli specifikám onemocnění. Klienti se schizofrenií mívají často problém s pozorností, proto není vhodné, aby skupina byla příliš dlouhá. Jak již bylo řečeno, je potřebné vytvořit pro lidi se schizofrenií jasné a srozumitelné prostředí, kde bude komunikace čistá všemi směry, tomu pomáhají struktury skupin a jednoznačné reakce ze strany terapeutů.

Sportovní aktivity a tvůrčí práce

Jako velmi spolehlivou taktikou, která se v TK Mýto ověřila je proložit aktivitu terapeutickou, aktivitou tvůrčí a sportovní. V komunitě je tvůrčí činnost zaměřena především na keramiku, vytváření korálků a náhrdelníků.

Sport probíhá jednou týdně. Sportovní odpoledne trvá dvě hodiny a je vyhrazeno pouze pro klienty. Jak si sport zorganizují, takový ho budou mít. Je to prostor, kde se mohou vyřádit, bez kontroly terapeutů a jsou tam jen sami pro sebe. Díky brání medikace trpí většina klientů nadváhou, proto je sport důležitou součástí programu. Zároveň slouží jako odreagování a ventilování emocí, které se během týdne mohou v klientech nahromadit. Tím, že si tuto poměrně dlouhou aktivitu musí zorganizovat sami, tak je podporována i přirozená komunikace mezi klienty a řešení problémů.

Práci s keramikou popisuje KŘESADLOVÁ (2007) v rámci terapeutické komunity pro drogově závislé. Hovoří zde o tom, že když člověk tvoří z hlíny, tak je pouze sám se sebou. Cílem keramiky je viditelný výsledek. Terapie při tom probíhá, ale

oklikou. Klienti si takto mohou uvědomit a dokázat, že to jsou lidé, kteří jsou schopni dávat světu kolem sebe tvar. V tomto ohledu působí keramika terapeuticky individuálně, využívá se však ve skupině. *„Klient se setkává s hlinou, učí se jí formovat, aby dostala tvar, jaký si sám představil. Často se to nedaří a musí se smířit se svojí vlastní nedokonalostí anebo se pokoušet stále znovu, hledat způsoby, jak na to, aby se podařilo. Je to dokonalý obraz k práci na sobě“* (KŘESADLOVÁ, 2007, s. 171). Všichni máme svou představu o tom, jací bychom měli být. Bohužel v realitě se nám to vždy nedaří.

V Mýtě se s keramikou pracuje na úrovni pracovní terapie. Výrobky, které klienti vyrábějí, jsou potom k prodeji na různých trzích. V případě potřeby je keramika použita jako materiál pro arteterapeutickou skupinu. Tyto skupiny prozatím nejsou pevně zařazeny v programu komunity.

4.4.2.2 Individuální práce

PĚČ a PROBSTOVÁ (2009) popisují smysl individuálních setkávání. Přes svého terapeuta se klient může lépe otevírat realitě a získávat korektivní zkušenost s vytvořením vztahu s člověkem. Popisují dvě úrovně, na kterých se děje ovlivňování klienta. První je vnitřní ovlivňování, kdy klient mění obraz sebe sama, načerpává naději a odvalu, formuluje si osobní cíle a posiluje víru ve vlastní schopnosti. Druhým je zaměření se na vnější svět hlavně na oblast bydlení, práce, učení a sociálních kontaktů.

NEVŠÍMAL (2007) uvádí, že základem individuální terapeutické práce s klientem v TK je shrnutí jeho současného stavu a individuální plánování kroků, které jsou důležité v průběhu léčby. *„Jedná se o nezbytný prvek léčebného procesu, který pomáhá klientovi v orientaci v sobě samém, ve vztazích s druhými, ve své životní situaci, ve svých schopnostech a možnostech, a který*

monitoruje postupné dílčí kroky, jež je třeba podniknout k úzdavě a resocializaci“ (NEVŠÍMAL, 2007, s. 131). Každá komunita má svou podobu individuálního plánu, pomocí kterého klíčový terapeut či garant spolupracuje s klientem. V TK Mýto probíhá individuální setkávání nejméně třikrát do měsíce. Frekvence setkání je vyšší z toho důvodu, že klienti se schizofrenií potřebují větší dávku péče, podpory a ze začátku i vedení.

JAROLÍMEK (2009) popisuje individuální plánování, jako součást kognitivně-behaviorální terapie. Klient plní úkoly, které si sám naplánuje a na dalších sezeních je s terapeutem vyhodnocuje a případně přepracovává cíle.

Po příchodu nového klienta do komunity je mu přidělen klíčový terapeut, se kterým bude po celou dobu pobytu spolupracovat. Cílem setkávání je vytyčit klientovi cíl, ke kterému se chce za pobyt dopracovat. Tento cíl nazýváme dlouhodobý. Je to cíl, který je velký a obtížný, například to může být, že se klient chce prostřednictvím pobytu osamostatnit. Aby bylo možné k tomuto výsledku dojít, je potřeba s klientem rozplánovat, jak k tomuto cíli dojít a jak vlastně pozná, že je splněný. Děje se tak vytyčením krátkodobých cílů, které slouží jako postupný nácvik činnosti, která má vést ke konečnému cíli. Plánování se týká i oblastí financí, se kterými často klienti neumí zacházet a také oblasti protikrizového plánu. Ten slouží jako příručka jak pro terapeuty, tak pro klienta, aby věděli, jaké jsou u klienta příznaky zhoršeného stavu a co je potřeba dělat. Zda zvýšit medikaci, nechat klienta v klidu či volat pomoc v podobě záchranné služby.

Individuální práce pomáhá k tomu, aby klient znovu začal důvěřovat ve svět. Na individuálních setkáních si klient vytvoří vztah s terapeutem, který s ním pracuje. Často je klientovi jeho prostor na individuálních setkáváních uzpůsoben, dle jeho potřeb. V případě potřeby je možné vyjet i na schůzku s klientem, když potřebuje podporu. Potíž ale nastává v tom, že to co je pro jednoho

člověka dobré, nemusí být dobré pro druhého. V tomto směru je potřeba být velmi obezřetný, aby nedocházelo jak k zneužívání ze strany klienta, tak k opomíjení klientových potřeb a bagatelizování ze strany terapeutů.

Terapeutická komunita je pro lidi s duševním onemocněním ideálním prostředím pro práci na sobě. Věnují se zde nácviku komunikace s druhými členy komunity, jak na úrovni běžné komunikace během dne, tak na úrovni skupinového dění. Dále se zde učí praktickým dovednostem, jako jsou vaření, uklízení, péče o sebe a o ostatní. Díky zvyšování odpovědnosti v jednotlivých fázích pobytu zažívá člověk se schizofrenií pocit, že má život ve svých vlastních rukách a může ho svým působením ovlivnit. Tímto se mění i postoj k onemocnění, že s ní nelze nic udělat.

V komunitě pro schizofreniky je důležitý velmi individuální přístup ke klientům. Ten však může způsobovat i řadu nevýhod v rámci rozhodování. V tomto je kladen větší nárok na terapeutický tým, aby byl schopen sebereflexe a nenechal se ovlivnit vlastními motivy.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V této části práce se pokusím spojit výše popsanou teorii s praxí prostřednictvím ukázky, jak se pracovalo s klienty v TK Mýto. Pomocí čtyř kazuistik se zde pokusím ilustrovat specifika práce s touto klientelou v prostředí terapeutické komunity. Důraz je zde kladen především na individuální přístup.

5.1 Cíl výzkumu a metoda sběru dat

Cílem výzkumu této práce je přes kvalitativní případové studie vybraných klientů terapeutické komunity pro lidi s duševním onemocněním schizofrenního okruhu, ilustrovat specifika skupinové i individuální práce s touto cílovou skupinou.

Pomocí dlouhodobé práce v této komunitě, pozorováním a vedením jak semistrukturovaných tak volných rozhovorů, s níže uvedenými klienty TK, jsem se snažila přes individuální příběhy přiblížit specifika práce s lidmi s diagnózou schizofrenie v komunitním prostředí. Na základě předloženého materiálu – 4 kazuistik klientů TK jsem se pokusila přiblížit různorodost klientů využívajících služby Terapeutické komunity Mýto.

5.2 Výzkumný plán a typ výzkumu

V rámci mého tříletého působení v TK Mýto, jsem měla možnost pravidelného kontaktu s klienty trpících schizofrenií. V praktické části mé práce jsem si zvolila jako hlavní metodu práce deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze získaných proměnných. *„Deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze je ve svém užším*

pojetí založen na předpokladu, že procesy utřídění, klasifikace a deskripce jsou samy o sobě analytickým postupem a hlubší analýza kvalitativních dat jdoucí za tyto fáze je příliš spekulativní“ (MIOVSKÝ, 2006, s. 220).

Pomocí této metody jsem se snažila, v souvislosti s teoretickou částí, zdůraznit, které faktory v léčbě způsobují u klienta změnu a nakolik je možné pracovat v TK Mýto s klienty individuálně, bez narušení skupinové struktury a dynamiky.

5.3 Výzkumný problém a otázky

Hlavním cílem práce je představení specifík práce v terapeutické komunitě pro lidi se schizofrenií a pokusit se popsat nakolik funkční může být terapeutická komunita v léčbě psychotických onemocnění.

V teoretické části práce popisuji, historii vzniku komunit, jejich účel a faktory působící v léčbě změnu v klientovi. Důležitou součástí komunitní léčby, je kromě vytvoření prostředí, které se bude co nejvíce blížit běžnému prostředí, také kladení důrazu na práci skupiny, jak ve formě skupinové dynamiky, tak v demokratickém přístupu všech členů k nastavování jasných a funkčních pravidel.

Na druhou stranu je z teoretické části patrné, že cílová skupina, na kterou se v práci zaměřuji je specifická svou ztrátou psychické funkce testování reality a nedokáže tak odlišovat svůj vnitřní svět a prožívání od světa vnějšího. Sociální fungování je nemocí značně omezeno.

V experimentální části práce jsem proto předložila vybrané kazuistiky 4 klientů terapeutické komunity Mýto, na kterých budu ilustrovat léčebný proces a účinné faktory léčby.

5.4 Výzkumný soubor a jeho charakteristika

Výzkumný soubor mojí práce byl jasně definován samotným výzkumným problémem. Využila jsem tedy metody záměrného (účelového) výběru přes instituci, který se mi jevil jako nejlepší volba pro daný typ výzkumu (MIOVSKÝ, 2006). Základním souborem jsou klienti, kteří využívají služeb Terapeutické Komunity Mýto a splňují tak základní podmínky pro přijetí do komunity. Tyto podmínky jsou diagnóza ze schizofrenního okruhu, kompenzovaný psychický stav klienta, osobní motivace, předpoklad zvládnutí terapeutického programu, klient nesmí být závislý na návykových látkách včetně gamblerství a současně musí být schopný pravidelného placení příspěvku na stravu a ubytování.

Soubor dále nebyl specifikován věkem, pohlavím ani typem schizofrenního onemocnění, nebo jeho průběhem a délkou trvání, nakolik jsem se snažila o přiblížení různorodosti klientů této komunity.

5.5 Deskriptivní část – kazuistiky klientů

V této části práce předkládám stručný popis působení zvolených klientů v TK Mýto, zároveň s popisem zlomových okamžiků jak v prožívání klientů, tak v prožívání terapeutického týmu.

Ne všechny kazuistiky se týkají úspěšných absolventů léčby v TK Mýto. Pro přiblížení cílové skupiny jsem tedy záměrně použila poměrně různorodé příklady průběhu léčby u odlišných klientů.

Příběh každého klienta jsem se snažila zachytit, co možná nejpřesněji od nástupu do TK Mýto až do ukončení pobytu. Informace získané z vstupního psychiatrického vyšetření uvádím na závěr každé kazuistiky, pro dotvoření dojmu.

5.5.1 Marek

Marek přišel do komunity v půlce ledna (TK opustil začátkem prosince), bez jakékoli motivace a svoje působení v TK zpochybňoval už při nástupu. Rodiče na něj však tlačili. Bydlel u matky, takže neměl jinou možnost, než do TK nastoupit. Myšlenky, které postupně otevíral, byly černé, nihilistické a depresivní, ne však sebevražedné. Jak on sám popisoval, jednalo se o prázdnotu, pocit nedostatečnosti a devalvace sebe samého. V tématech, která otevíral, zněli poměrně často jeho pocity samoty, nejistota z budoucnosti a nerozhodnost. Marek se neuměl zařadit do společnosti, neviděl v ní své místo, nevěděl, co vlastně sám chce.

Poměrně brzo byly u Marka v rámci farmakoterapie nasazeny SSRI antidepressiva a i přes výše popsané potíže se mu podařilo postoupit v TK do II. fáze. Vztahy v komunitě nenavazoval, klienti k němu však měli úctu i přes to, že s nimi Marek moc nekomunikoval. Postupně si však našel cestu ke Karlovi, se kterým se sblížili. I přes to, že Karel velice často somatizoval a čelil kritice ze strany ostatních klientů, Marek se vyjadřoval, že Karlovi rozumí, i když ho občas také štve. V rámci sblížení s Karlem si postupně vytvořili svou vlastní cestu komunikace, pomocí skřeků a různých nesmyslných pojmů, jako například „duch pana ředkvičky“. Touto komunikací si oba zlepšovali náladu a velice často se u ní oba smáli.

Obrat u Marka nastal v II. fázi pobytu, kdy na něm bylo patrné, že je motivován k práci na své budoucnosti. Našel si rekvalifikační kurz v Praze a chtěl dělat tesaře a rozvíjet své zájmy. Toto období bylo nejplodnější období pobytu v TK. Marek před skupinou otevřel téma svých dluhů, před kterým byl v rámci skupiny dlouho v odporu a sdělil ho až po získání důvěry v rámci práce s klíčovou terapeutkou po 5 měsících práce. Budoucnost působila slibně a konečně se objevili náznaky Markovi motivace a zapálení se pro budoucnost. Povzbuzovaly ho zpětné vazby od ostatních klientů

TK, kteří Markovi opakovaně dávali najevo svou spokojenost a nadšení z toho, jak se dokáže postarat o druhé a všimnout si jejich potřeb.

S přírůstkem zodpovědností však vzrůstala i zátěž a Marek začínal být podrážděný. Projevoval se u něj stres z nákupů, kde se musel zorientovat. Objevovat se začaly také chutě na drogy, na pervitin, po kterém se cítil být vždy více společenský. I přes snížení zátěže se mu začaly vracet negativní fantazie a opět propadl do nihilismu, sebeobviňování a agresivních výbuchů. Začal si uvědomovat, že po ukončení pobytu v TK vlastně nemá kam jít, doma by to nezvládl. Také dluhy, které začal velice pomalu řešit, začaly být spíše na obtíž, a proto je přestal řešit. V tomto období se Marek začal ohlížet hodně do minulosti, jak žil, jak s ním jednal otec. Otce na jednu stranu nenáviděl, protože byl velmi přísný a měl na něj vysoké nároky. Na druhou stranu ho obdivoval, jak dokáže být společenský. Markem takovou vlastnost chtěl také, umět se bavit s hodně lidmi. On se spíš lidí bál a vyhledávat spíše samotu. Uvnitř ale prahl po společnosti lidí.

Během pobytu se Markovi začalo otevírat velké množství témat. Velkou společnou jim bylo to, že to byly témata s existenciální tematikou. Volal po smyslu všeho, co dělá. Jeho velkým tématem byla práce s agresí. Většinou si svou agresi nepřipouštěl, potom ale u něj docházelo k silným výbuchům vzteku. Dalším tématem byl problém s autoritou.

S Markem nešlo pracovat tradičním způsobem přes individuální plánování. Jakmile si totiž naplánoval nějaké úkoly, které by plnil, cítil se tím svázaný a dotlačený a dělat je nemohl. Proto zde klíčová terapeutka zvolila individuální přístup a snažila se s Markem o vytvoření pevného terapeutického vztahu, aby Marek zažil korektivní zkušenost, že je někým přijímán a okolí má zájem o jeho osobu.

Poslední měsíc pobytu působil Marek velice rezignovaně a rozhodl se pro návrat domů, ke své matce, se kterou měl velice nejasný vztah. Marek ukončil komunitu bez rituálu, protože nesplnil podmínky III. fáze. Nehledal si ani nevyzkoušel žádnou práci či brigádu.

Když se klíčová terapeutka pokoušela o katamnézy Marek už neměl zájem o kontakt s TK, nezvedal telefon a nereagoval na SMS zprávy.

V průběhu pobytu Marka se v rámci týmu vynořila otázka, nakolik je TK schopná pracovat s nemotivovanými klienty, který jeví spíše existenciální frustraci a depresi a kde se do popředí symptomatiky dere spíše závislost na návykových látkách. Jednoduše řečeno, zda by nebylo pro Marka lepší, kdyby se v TK zaměřil na budování náhledu na závislost a práci s chutěmi, místo snahy o sociální rehabilitaci.

Je také otázkou, jestli se jedná o úspěch nebo naopak neschopnost Marka vymezit se, když v TK absolvoval skoro celý rok. Další otázkou je, jak Markovi prospěl volnější režim. V porovnání s ostatními klienty byl Marek výrazně schopnější. Kognitivní deficit u něj nebyl vůbec znatelný a díky tomu zvládal veškerou práci velmi dobře a rychle. Měl potom spoustu prostoru pro přemýšlení a udržování se v depresi.

Dg.: F 62.1 – přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění df.dg.: závěr psychologa – v.s. plíživé schizofrenní onemocnění, v anamnéze sociální fobie, abusus psychostimulancií i opiátů.

RA: matka ambulantně léčená pro neurotické potíže, otec 1x hospitalizován v PL pro depresi a pokus o sebevraždu. Otec otce psychotik. Mladší sestra také psychiatricky léčena dg. Nespecifikovaná, dle lékařské zprávy neuróza/psychóza.

OA: přidušení při porodu, v dětství LMD, v 18. letech zánět kloubů – dlouhodobá léčba

SA: svobodný, bezdětný, žije doma s matkou, o svých zájmech nemluví, nic ho nebaví. Je ostýchavý, sociálně izolovaný. V rámci studia chodil na několik středních škol, kde měl problém se smyslem svého bytí. Studoval lesnictví, kuchaře, klempíře, knihkupce, pak skončil nevyučený.

Crimina: stíhán za napadení policisty, vykrádání chat

Abusus: kuřák, alkohol (pivo), zkusil všechny drogy dostupné v ČR, od 16 heroin, pervitin

PA: 10 – 14 hospitalizací následkem agitovanosti po abusu pervitinu, který vyústil v psychotickou dekompenzaci a toxickou psychózu. Přítomnost sociální fobie od 16. let, opakované deprese

5.5.2 Pepa

Pepa nastoupil do komunity v polovině března s diagnózou paranoidní schizofrenie. Jeho nástupu předcházela návštěva terénního pracovníka sanatoria v Praze, kde se Pepa ambulantně léčil a snažil se zapojovat do volnočasových aktivit. Spolupráce s tímto zařízením trvala několik let a pracovník považoval za nutnost, přijít sdělit informace o klientovi do TK osobně. Z těchto informací tým TK nabral pochybnosti o tom, zda bude Pepa schopný zvládnout tak velikou zátěž jako je změna prostředí a hlavně zavedení režimu. Tuto informaci jsme sdělili a pracovník nás ubezpečil, že jakékoli pokroky, které by mohli vést k osamostatnění Pepy, budou velké plus. Cílem práce v sanatoriu bylo připravit Pepu, na samostatné chráněné bydlení a běžné fungování.

V prvních dnech po nástupu do TK nebylo na Pepovi znát žádné známky stresu nebo napětí. Pepovi byl přidělen zkušený klient, který ho seznamoval s chodem komunity a provázel ho. Fungoval jako by se nic nestalo, žádná změna neproběhla a on na ranních i večerních komunitách sděloval, že se cítí dobře a je v komunitě spokojen. Postupně se seznamoval s prostředím, vše ho zajímalo a vše prohledával a ochutnával. Navazoval tak kontakt spíše s fyzickým prostředím, než s ostatními klienty. Potíže v režimu se po nástupu odrážejí u všech klientů a každý se s nimi vypořádává vlastní rychlostí, proto jsme se na Pepu snažili netlačit, zároveň jsme ho však upozorňovali, když chodil pozdě na aktivity, nebo neplnil své funkce v programu. Od týmu dostával Pepa vysokou dávku podpory, nové věci mu byly stále vysvětlovány a ukazovány. Například jak se konkrétně vytírá podlaha. Stejně tak se Pepovi věnovali i ostatní klienti, ale komunikace pro ně byla velmi obtížná, proto začali vykonávat veškerou činnost za něj a Pepu nechávali ve svém světě. Klienty totiž Pepa neposlouchal a

reagoval pouze na terapeutů. Nerespektoval soukromí ostatních klientů, osvojoval si bez dovolení jejich věci, stejně jako věci komunitní. Bohužel opakované vysvětlování na Pepu nepůsobilo.

Komunita začala pociťovat napětí a nespokojenost, kterou však nikdo nechtěl ještě vyslovit. Napětí však bylo ve vzduchu a je jenom otázka, jestli následné Pepovi aktivity byly snaha o vyrovnání se s napětím nebo jednoduché popření reality, které je jako psychotická obrana časté. Tak jako tak, Pepa se zmocnil společenské místnosti a veškeré osobní volno zaplnil poslechem těžké hudby v poměrně hlasitém podání. I přes opakovaná upozornění nebyl tento problém po několik dní vyřešen. Také klienti na pokoji si stěžovali na jeho večerní poslech hudby přes sluchátka a opakované přetáčení kazet v magnetofonu.

V komunitě se tak Pepa stal vyčleněným klienty, kteří postupem času rezignovali na veškerou spolupráci s ním a raději odváděli práci za něj, místo toho aby ho museli opakovaně tahat z postele, kužárny a podobně. Tým Pepu vyčlenil tím, že se stále snažil o individuální přístup a co možná největší začlenění Pepi mezi ostatní. Šlo to však těžko, Pepa nekomunikoval, neměl zájem a při dotazech se snažil odpovídat co nejjednodušeji a zároveň tak, aby měl co nejdříve „pokoj“. Negoval hlasy a halucinace, ale zaujímal naslouchající postoje a v soukromí s hlasy rozmlouval. Zároveň u něj bylo přítomno bizarní chování (ochutnávání barev, trhání hracích karet) a stereotypie.

I když začali být patrné malé změny ve fungování Pepi, byl mu od týmu navržen kontrakt, který byl vypracován společně s celou komunitou včetně něj. Moc mu ale nerozuměl a nedokázali jsme mu vysvětlit, že po nesplnění povinností nutných k běžnému provozu v TK, bude muset komunitu opustit. Po týdnu fungování mělo dojít k závěrečnému zhodnocení.

Pepův pobyt byl ukončen přibližně 3 týdny od jeho nástupu. Jak kvůli neschopnosti se začlenit, tak i kvůli atmosféře v komunitě.

Tým zpětně reflektoval, že komunita v té době nebyla schopna pojmout člena, kterému je potřeba věnovat enormní pozornost a péči. V zásadě na toto začlenění nebyli klienti připraveni. Od konce minulého roku pociťovali úzkosti a jejich vlastní tým se postupně rozpadal. Tým terapeutů proto dospěl k závěru, že nemůže riskovat rozklad klientů, rozbití režimu a fungování. Na druhou stranu kdyby byla komunita v jiném vývojovém stadiu a počet klientů ve vyšších fázích by nebyl tak nízký, je možné, že by Pepův pobyt trval delší dobu, za kterou by se on sám byl schopný uvolnit a začlenit.

Dg.: F 20.0 paranoidní schizofrenie

RA: matky matka – schizofrenie

OA: poporodní komplikace, v dětství bolesti hlavy, významně somaticky neléčen. V dětství sledován pro dysgrafii, dyslexii a poruchu soustředění.

SA: svobodný, bezdětný, bydlí s rodiči a má mladší sestru. V rámci studia chodil na učiliště – kuchař, číšník, které nedokončil.

Abusus: ve 20 letech silně pivo, víno, tvrdý alkohol – hlavně při depresích, marihuana údajně jako spouštěč psychózy. Jakmile má na dosah kafe, cigarety, tak vypije a vykouří vše najednou, stejné i s léky

PA: Od roku 2001 první paranoidně halucinatorní symptomatika, po které následovala nedobrovolná hospitalizace a útěk domů. Brání se léčbě, je uzavřený doma a rodiče jsou zvyklí za něj všechno dělat. Před rokem se povedla hospitalizace, v léčebně vydržel 1

rok. Došlo u něj ke zlepšení ve vycházení ven a trochu v komunikaci. Z léčebny nastupuje rovnou do TK.

5.5.3 Marta

Marta absolvovala v TK dva pobyty, kde první pobyt trval 14 dní a druhý jeden rok. Její diagnóza byla paranoidní schizofrenie. Od léčby v TK očekávala pomoc v hledání samostatného bydlení a zároveň zlepšení svých sociálních dovedností a finanční zodpovědnosti. Nápadné však byli ambivalence, které se projevovaly v její osobnosti už při nástupu. Marta například uváděla, že komunitě může prospět svojí skromností ale zároveň sebejistotou, což jsou vlastnosti, které vnímáme jako poměrně odlišné. Později jsme to vyzorovali i v její floridní psychotické produkci, která kompenzovala traumata z dětství a projevovala se zejména bludy expanzivními, extrapotenčními, megalomanickými a originárními.

Krátce po příjezdu se Marta dostala do konfliktu s dalšími ženami v komunitě, kde jádro problému bylo ze strany Marty smyšlené, bludné. Celkově opakovala svou bludnou produkci, která byla zaznamenána následovně:

V komunitě je proto, že jí někdo omámil a i vlastní matka, je ve skutečnosti pouze její chůvou. Jmenuje se ve skutečnosti Dominika Diamond. Někdo jí vzal doma doklady a řekl, že se má vydávat za Martu. Teď jí nadále někdo opíjí a omamuje.¹ Neví, kdo má na tom zájem. Ta holka (které příjmení nosí teď), byla s ní na psychiatrii na Karlově, udělali jí tam fotku do občanky. Na psychiatrii se dostala proto, že byla omámena opiáty. V noci nemůže spát, protože jsou kolem ní hadi, kterými jí někdo chce otrávit. Pak začíná mluvit o svém původu. Jezdila do Káhiry s babičkou, byly spolu v New Yorku, v Hong kongu, kde studovala diplomatickou školu v jihoafrické republice v Káhiře. Všichni jsou tady v TK na ní zlí a pobyt tady jí vůbec nepomáhá, dokonce jí vydáváme za tu holku Martu a jsme spiknutí s její chůvou.

¹ V této představě je poměrně jasná symptomatika ovládnutí jiným člověkem

Na základě bludné produkce je patrné, že práce s Martou nebyla v rámci komunity jednoduchá. Režim však zvládala skvěle a přes své dovednosti v kuchyni si získala přízeň celé komunity, která se vždy těšila na Martinu službu. Vztahové konflikty byly v průběhu obou pobytů velice časté a období žití v konfliktu převažovalo nad obdobími, kdy bylo vše v pořádku. V této souvislosti se měnily i cíle v rámci individuálního plánu.

Marta měla postupně možnost zažít si konflikty, které i přes svou ničivost byly druhou stranou velice pěkně zpracované. V jednom z jejích vztahových konfliktů s klientem komunity dokonce zažila z jeho strany pochopení a přijetí určitých stížností vůči němu (jednalo se o klienta, který pobyt úspěšně absolvoval, a v této době se připravoval na závěrečnou fázi pobytu). Zároveň měl tento klient k Martě poměrně dlouho nereflektovaný pozitivní přenos, díky kterému byl konflikt zpracován oběma stranami. U Marty se tak měla možnost dostavit korektivní emoční zkušenost, že není odmítnutá, není vydávaná za někoho jiného a dokonce byla akceptovaná mužem. Muži v její osobní historii chyběli, a pokud se manifestovali v bludu, bylo jich mnoho a ona jimi byla znásilněná.

Přes vztah s jiným klientem (nejedná se o partnerský ani sexuální vztah) tak zažila kompenzaci své narcistické potřeby a bludná produkce tak měla možnost dostat se postupně do ústraní.

Marta si často přizpůsobovala režim k obrazu svému. To znamená, že nepracovala v čase, kdy měla a díky tomu se potom dostávala do častých konfliktů, jak s ostatními klienty, tak i s terapeutickým týmem. Jak již bylo řečeno, ze začátku v konfliktních situacích utíkala do psychotické představy. Postupem času, ale Marta začala kritiku přijímat a i se jí snažila konstruktivně řešit.

I přes časté neshody, Marta postoupila do II.fáze. Byl to pro ni velký úspěch. Dostala větší odpovědnost a nejvíce si užívala službu v kuchyni. Ke konci pobytu se Marta již dostávala do tlaku z konce pobytu a z obav z budoucnosti. Byla díky tomu čím dál více

v kontaktu sama se sebou. Začala říkat, že si uvědomuje, že je jí hodně let, nemá děti ani muže a bude stále bydlet s matkou, která ji nikam nepustí.

Klíčový terapeut se snažil s Martou plánovat následnou péči, ale ona nechtěla. Stejně to bylo i s prací, prý se již v životě tolik napracovala, že chce mít nyní již klid. Pobyt v TK ukončila v II.fázi po roce. Ukončila závěrečným rituálem.

Z katamnézy víme, že v současné době je Marta samostatná a žije v Praze se svojí matkou, které bylo navrženo podstoupit s Martou rodinnou psychoterapii, aby se Marta nevrátila do prostředí, kde by jí opět hrozil přes chování její matky relaps. Pravidelně je v kontaktu s pracovníky TK, jak osobně, kdy se účastní výročních komunit, nebo projektů reintegrace duševně nemocných lidí, tak i po telefonu.

Dg.: F 20.1 Hebefrenní schizofrenie

RA: otec zemřel na rakovinu, matka bez psychiatrické dg. ale zřejmě porucha osobnosti

OA: nevýznamná

SA: nedokončila gymnázium, svobodná, žije s matkou v symbiotickém vztahu

Abusus: pervitin – 3 x měsíc, po dobu 5 let, jiné závislosti neguje, alkohol udává příležitostně

PA: Opakované hospitalizace od roku 1995. Poslední hospitalizace v průběhu léčby v TK Mýto v 2011, konfliktní k druhým, bludná představa, že je někdo jiný (jiné jméno, výměna identity a celý příběh k tomu) zrakové halucinace – hadi a různé jiné potvory, inkoherentní zabíhavá řeč. Po 4 měsících opět nástup do TK, lépe přijímá režim a po 2 měsících úbytek psychotické produkce

5.5.4 Karel

Karel nastoupil do komunity s typickými projevy paranoidní schizofrenie a pobyt absolvoval s přerušением kvůli těžké atace. Celkově v komunitě strávil díky hospitalizaci skoro 2 roky. Do komunity nastoupil s očekáváním, že po ukončení pobytu bude zdravý a bude moci opět žít u svých rodičů. Celkově byla jeho motivace daná spíše vnějšími faktory, zejména pak rodinou, která na něj tlačila, aby se dal do pořádku. Karel proto zvolil cestu nejmenšího odporu a podřídil se požadavkům, které na něj byly kladeny. Jeho představa byla, že až komunita skončí, vše bude jako před tím.

Sám nevnímal svoji nemoc jinak než, že má úzkosti, které ho někdy, ale jen málokdy obtěžují. V pozdější práci se však podařilo otevřít téma stigmatizace, které Karla oslovilo a bylo znát jeho neztotožnění se se stigmatem schizofrenie jako nevléčitelné nemoci, kde nemocný netrpí ale naopak je ohrožením pro okolí. Sám se tedy se svou „vnucenou rolí“ nechtěl ztotožnit. V jeho chování bylo však zřetelné využívání takzvaného sekundárního zisku z nemoci. Jeho prostřednictvím kontroloval a manipuloval se svým okolím, aby se mohl vyhnout určitým aktivitám a mohl odmítnout zodpovědnost.

V kolektivu měl svou jasně určenou roli. Do komunitního dění se zpočátku nezapojoval, když si však začal být jistý kolektivem a věděl, co může od koho čekat, začaly se u něj objevovat první zpětné vazby ke skupině. Přímé konfrontaci se vyhýbal.

Zajímavé bylo nastavení týmu vůči Karlovi, kde postupně v týmu vyvolával pocity rozčilení a frustrace, že jakákoli snaha nikam nevede. Když byl tým v tomto rozpoložení delší dobu v jistém smyslu rezignoval na Karla a některé z jeho projevů začal brát jako něco neměnného, s čím se prostě bude nutné smířit. Jak však začal Karel odhalovat svoji rodinnou situaci na skupinách, vyšlo najevo

jeho postavení „černé ovce rodiny“, jak sám popsal. Dle jeho pocitu zklamal celou svou rodinu. V tuto dobu se změnila také práce v rámci individuálního plánování s Karlem. Klíčová terapeutka se rozhodla ukončit jasnou strukturovanou direktivní spolupráci v určování cílů léčby a rozhodla se věnovat čas individuálních setkání Karlovi s tím, že strukturu nechá na něm. I přes tento riskantní krok, Karel reflektoval setkání jako velice přínosné. Celý vymezený čas bez přestání mluvil. Nešlo o hodnotu nebo význam informací, které terapeutce sděloval. Podstatou bylo, jak se upravil setting setkání a jak se začal vytvářet přijímající vztah, který do té doby zřejmě Karel neznal. Veškeré očekávání týmu a požadavky na podávání výkonu se posunuly do pozadí individuální práce, i přes to, že Karel měl v tuto dobu už jasně strukturované povinnosti vůči komunitě, právě kvůli II. fázi, ve které se tou dobou nacházel.

Přes otevření nových možností terapeutického vztahu začal Karel do jisté míry vykazovat značné pokroky. Zlomovou částí tedy byla identifikace a prožitek vzorce chování, který Karel popsal jako „černá ovce rodiny“. V rámci tohoto vzorce Karel v týmu, zřejmě bez vlastní reflexe, rozehrával situaci, kdy se sám dostával do role obětního beránka nebo vzpomínané černé ovce komunity.

Při přestupu do III. fáze, která je v komunitě závěrečná, byl Karel nucen konfrontovat se s tím, že bydlení s rodiči padá. Tato informace byla od rodičů podávána Karlovi od nástupu do komunity, ten ji však neslyšel a rodičům sděloval, že ví, že se ho chtějí zbavit, že je jim přítěží. Tím je samozřejmě dostával do těžké situace. Ti na tuto situaci, respektive na tento Karlův komentář vždy reagovali obviňováním sebe a následně Karla. Tato patologická rovnováha byla prvně oslovena při společném setkání klíčové terapeutky s Karlem a celou jeho rodinou. Jako cíl tohoto setkání bylo nastaveno vyjasnit si situaci kolem bydlení.

Rodiče nejprve vyjádřili své pochybnosti které mají ohledně společného žití s Karlem, kde bylo cítit v popředí strach z relapsu. Tato informace se však ztratila v překladu a ke Karlovi se nedostala, sama terapeutka měla problém ze sdělení rodičů tuto informaci vytáhnout, protože komunikace byla zaobalena do diplomatického pláště, nebo naopak sklouzla do druhého extrému – obviňování Karla.

Když se po hodinovém setkání otevřeli témata, které byla delší dobu nevyslovena, obě strany došly ke vzájemné shodě v tom, že bydlení u rodičů není ideální. Jejich navštěvování přes víkendy je však velice dobrý nápad.

I přes občasný odpor vůči hledání chráněného bydlení a sabotování těchto snah Karlem se po značném úsilí podařilo najít Karlovi bydlení, ze kterého má sice strach, ale také se těší, protože bude bydlet s bývalým klientem TK Mýto, se kterým měl pozitivní vztah.

Karel je praktickou ukázkou toho, jak jednoduše může dojít k frustraci, pokud ze strany týmu nedojde k reflexi přenosu ze strany klienta a naopak se tým zasekne v této oblasti. Zároveň je však Karlův příběh krásným příkladem potřeby individuální práce v terapeutické komunitě, protože až po prožitku podporujícího vztahu v dialogu byl Karel schopen tuto zkušenosti přenášet do skupiny, kde začal otevřeně reagovat.

Paradoxní v tomto smyslu se jeví Karlův vlastní cíl obrnit se vůči okolí, který si nastavil po dlouhé době v rámci individuálních setkání. Sám sebe totiž vnímal jako velice otevřeného a zranitelného. Skupina naopak reflektovala Karlovi jejich pocity z něho, kde působil velice obrněně a nedával najevo, že by se ho cokoli dotklo. Když se totiž dostal do nepříjemné situace v TK, věděl moc dobře, jak může ze situace diplomaticky vybruslit.

Dg.: F 20.0 paranoidní schizofrenie – chronická forma

RA: nevýznamná

OA: ve dvou měsících tříselná kýla, trpí na silné angíny a problémy s dechem – často antibiotika

SA: svobodný, bezdětný, vyučený pekař, před nástupem do TK žil s matkou, nevlastním otcem a sestrou. Doma měli časté konflikty ohledně Karlovi pasivity. Sám mimo byt nevycházel, pouze s rodiči, výhradně s matkou. Nebyl si schopen připravit jídlo, sám o sebe se postarat, dodržovat denní režim. Podle Karla v rodině vztahy skvělé. Vážný vztah 2 roky, udržovaný přes SMS. Orientace heterosexuální.

Abusus: v životě neexperimentoval s drogami, jejich užívání je špatné a Karel to odsuzuje.

PA: v 18 letech první příznaky, zejména psychosomatické, rozbušilo se mu srdce, omdlel a museli volat záchranku (opakovaně). Rok 2000 – 1. hospitalizace v Bohnicích – od té doby trvalé užívání antipsychotik a antidepresiv – úzkostně depresivní projevy, paranoidně persekující a halucinatorní projevy, obsedantně kompulsivní jednání, které vede k vyloučení z běžných denních aktivit. Dekompenzace a hospitalizace se opakovaly. Poslední během 1. pobytu v TK Mýto, kdy tři dny nebral léky, trávil volný čas u počítače vyhledáváním katastrofických zpráv a nespál. Z léčebny se vrátil do komunity, kde začínal od začátku a často vzpomínal na minulý pobyt.

6. Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na ilustraci specifik skupinové a individuální práce v TK Mýto a to prostřednictvím čtyř kazuistik. Díky popisu zlomových okamžiků a průběhu dlouhodobého pobytu v komunitě, je možné popsat, v čem byl použit individuální přístup, který je pro lidi se schizofrenií typický a do jaké míry je prostředí terapeutické komunity funkční v léčbě psychotických onemocnění.

V případě Marka bylo ilustrováno, že i přes přizpůsobení se jeho potřebám v rámci individuální práce, nevyužil Marek závěrečnou fázi pobytu a kvůli tomu oficiálně neukončil pobyt v komunitě. Zde je otázka, do jaké míry bylo pro Marka prostředí terapeutické komunity pro lidi se schizofrenií vhodné. Díky poměrně volnému režimu, který je hodně zaměřen na pracovní rehabilitaci ve formě nácviku praktických dovedností, měl Marek čas zabývat se sám sebou. Bohužel již svá témata ve většině případů nepřinášel na skupinu. Zde mohla hrát významnou roli i nízká frekvence terapeutických skupin, které jsou strukturované a krátké. Dle mého názoru by Marek potřeboval větší prostor a čas pro prosazení se na skupině a více naplněný denní program. Je také pravděpodobné, že se v komunitě mohl cítit nepatřičně, protože byl výrazně schopnější než ostatní klienti. Díky tomu mohlo dojít také k přetěžování Marka ze strany terapeutického týmu, protože na něj bylo spolehnutí. Marek má v anamnéze výraznou drogovou historii a v TK Mýto se u něj ke konci pobytu objevovaly chutě. V této komunitě je v popředí práce se schizofrenním onemocněním a práce se závislostí klientů je teprve v počátku. U Marka se po celou dobu pobytu neobjevily příznaky schizofrenního onemocnění. V popředí u něj bylo depresivní prožívání s existenciální frustrací. Program v TK Mýto na něj byl dle mého názoru příliš jednoduchý a nepodporoval u něj vývoj.

Případ Pepy je podobný s Markem v potřebě individuálního přístupu. Avšak Pepa je rozdílný v tom, že by potřeboval spíše individuální vedení ze strany terapeutů. Bohužel až taková péče není v rámci komunity možná. Je to jak z důvodů personálních, tak i důvodů skupinových. Ostatní klienti by se mohli cítit znevýhodněni, že jim není věnována stejná péče jako Pepovi. Ke konci Pepova pobytu v komunitě byla napjatá atmosféra ze strany ostatních klientů. Nastává tak otázka, zda měl terapeutický tým zasáhnout dříve a nevěnovat tolik pozornosti jedinci na úkor skupiny. V TK je potřeba větší míra samostatnosti, než jaká byla u Pepy. V jaké jiné službě je ale možné, aby se Pepa samostatnosti naučil, když ne v terapeutické komunitě.

V případě Marty dle mého názoru nejvíce pomohlo samotné společenství. Tím, že Marta musela nějakým způsobem s ostatními členy komunity žít, tak se do jisté míry i musela přizpůsobit. Byla nucena upozadit své vlastní potřeby a věnovat se i potřebám komunity. I z tohoto důvodu se Marta dostávala do častých konfliktních situací. Díky tomu, že to s Martou členové komunity a tým „ustáli“, zažila tak zkušenost, že je akceptovaná, i přes rozdílné názory. Velmi jasně jí tak byly vymezeny hranice, přes které již není možné jít. Marta takové hranice zřejmě nikdy nedostala, hlavně ne od matky, která se sama při návštěvách v TK projevovala bezhraničně. Marta se díky prostředí komunity vrátila zpět do reality, začala být schopná přijímat kritiku a tvořila si náhled na nemoc.

U Karla se také osvědčil individuální přístup. Bylo zde pracováno poměrně intenzivně s rodinou. Hlavně při plánování následné péče. Bylo to z toho důvodu, že kdyby se Karel vrátil zpět k rodičům, ztratil by veškeré nabyté dovednosti z komunity. Z počátku pobytu Karel nechtěl vycházet ven z komunity, kvůli své fobii z otevřeného prostranství. Postupným nácvikem se Karel dostal až

tak daleko, že byl schopen samostatně pracovat pro město Mýto čtyři hodiny denně. Sám byl na tuto skutečnost velmi pyšný.

Z uvedených kazuistik je vidět, že prostředí terapeutické komunity pro lidi se schizofrenií je velmi specifické, stejně specifické, jako je samotná cílová skupina. V takové komunitě je nutný individuální přístup, aby byla funkční pro všechny členy. V případě Marty a Karla byla komunita prospěšná. Bohužel v některých případech nejsou ani pružné hranice TK Mýto dost pružné, aby pojali všechny zájemce o službu, jako to bylo v případě Pepy.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tematikou terapeutické komunity, která je zaměřena na lidi s duševním onemocněním schizofrenního okruhu a specifiky práce s touto cílovou skupinou.

Pro lidi, kteří trpí schizofrenním onemocněním je typické, že vnitřně prožívají silnou úzkost. Je to z důvodu zaplavení podněty, které k nim přicházejí. Nejsou schopni je adekvátně roztrždit a použít jen ty důležité. V důsledku toho potom nejsou schopni rozlišit realitu od své vlastní fantazie. Často se jim potom stává, že v realitě narážejí a jsou z toho zmateni. Je pro ně potom těžké důvěřovat světu a lidem.

Práce s lidmi se schizofrenií je založena hlavně na vytvoření bezpečného vztahu. Vztahu, o který se budou moci opřít a skrze něj zažít korektivní emoční zkušenost. Zkušenost, že mohou někomu důvěřovat a na chvíli opustit svůj vnitřní svět.

Lidé se schizofrenií bývají velmi často uzavření a izolovaní od společnosti. Proto prostředí terapeutické komunity, které je přizpůsobené specifickým onemocnění, díky svému přístupu, nabízí těmto lidem možnost nebýt izolován. V takovém prostředí poznávají, že nejsou jediní na světě, kteří mají podobné problémy. Díky každodennímu soužití si trénují sociální dovednosti i praktické činnosti, ve kterých v reálném životě často selhávají. Díky potřebě individuálního přístupu k jednotlivcům, musí být i struktura komunity dostatečně pružná. Zároveň však nelze upřednostňovat potřeby jedince před skupinou. Bývá to často velmi tenká hranice. V tomto ohledu je kladen vysoký nárok na terapeuty, aby uhlídali zájmy jedince a celé komunity v rovnováze.

Důležitost individuálního přístupu je viděna při kazuistikách. Každý popsaný klient měl úplně jiné potřeby, které se většinou

nevešly do předpřipravené linie komunity. U každého bylo třeba slevit z požadavků pro splnění komunity.

Pro praktické užití je práce podnětná tím, že se snaží ukázat využití terapeutické komunity pro lidi s duševním onemocněním schizofrenního okruhu a zároveň prezentuje aplikaci specifické práce s touto klientelou v praxi. Prostředí terapeutické komunity je vhodné pro komplexní léčbu schizofrenie, avšak s ohledem na dodržení formy komunity není možné obsáhnout veškerou klientelu.

SEZNAM LITERATURY

ATKINSON, R., ATKINSON, R., SMITH, E., BEM, D. aj. *Psychologie*. 2. vyd. Přel. Erik HERMAN, Miroslav PETRŽELA, Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

BAŠTECKÁ, B. aj. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003, s. 416. ISBN 80-7178-735-3.

BOUČEK, J. aj. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, s. 244. ISBN 80-244-1354-X.

BROŽA, J. Klíčová pravidla a režim. In: Petr NEVŠÍMAL, ed. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Praha, 2007, s. 82 – 90.

DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HONS, J. a HERMAN, E. *Psychóza v životě – život v psychóze. Informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2010, s. 57. ISBN 978-80-7345-231-5.

HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. ISBN 80-85850-45-1.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010, s. 67, 159, 172, 417, 494. ISBN 978-80-7367-686-5.

JAROLÍMEK, M. Kognitivně behaviorální terapie u psychóz. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ, ed. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 68 – 71.

KALINA, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008, s. 394. ISBN 978-80-247-2449-2.

KOOYMAN, M., DE LEON, G. a NEVŠÍMAL, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 384. ISBN 80-7367-122-0.

KŘESADLOVÁ, V. Keramika. In: Petr NEVŠÍMAL, ed. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Praha, 2007, s. 170 – 173.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, s. 332. ISBN 80-247-1362-4.

MKN 10, Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize), *Duševní poruchy a poruchy chování*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006, s. 251. ISBN 80-85121-11-5.

MÜLLER, L. a MÜLLER, A. *Slovník analytické psychologie*. Přel. Johana BUCKOVÁ. Praha: Portál, 2006, s. 376. ISBN 80-7178-863-5.

NEVŠÍMAL, P. Individuální terapie. In: Petr NEVŠÍMAL, ed. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Praha, 2007, s. 130 – 136. ISBN 978-80-7106-937-9.

PĚČ, O. a PROBSTOVÁ, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 256. ISBN 978-80-7387-253-3.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004, s. 215. ISBN 80-7254-459-4.

SAVENJE, A. Rodina a psychiatrické onemocnění. In: Ondřej PĚČ a Václava PROBSTOVÁ, ed. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 199 – 208.

SILLAMY, N. *Psychologický slovník*. Přel. Ivana PERŮTKOVÁ. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 28. ISBN 80-244-0249-1.

SYŘIŠŤOVÁ, E. aj. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžkým somatickým postižením*. Praha: Avicenum, 1989, s. 236.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 872. ISBN 978-80-7367-414-4.

VYBÍRAL, Z. a ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010, s. 744. ISBN 978-80-7367-682-7.

WINNICOTT, D. W. *Fragment of an analysis*. Science House, 1972.

YALOM, I. D. a LESZCZ, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. 2. vyd. Přel. Martin HÁJNÝ. Praha: Portál, 2007, s. 648. ISBN 978-80-7367-304-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ČESKO. ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHOCKÉ ZDRAVÍ. ČAPZ: Terapeutická komunita Mýto [online]. ČAPZ, 2010 [cit.2013-04-04]. Dostupné z: <http://www.komunitamyto.cz/>

ČESKO. Zákon 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. Dostupný také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf.

JINÉ ZDROJE

BATESON, G. et al. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1956, 1.4: s. 251-264. Online ISSN 1099-1743.

PRAŠKO, J., HORÁČEK, J. a ŠKRDLANTOVÁ, L. Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz. *Psychiatrie*, 2003, č. 4, s. 263. ISSN 1211-7579.

Terapeutická komunita Mýto, *Metodické materiály*. Mýto 2011. Nепublikovaný text.

WEINBERGER, Daniel R.; MCCLURE, Robert K. Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry: what is happening in the schizophrenic brain?. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59.6: s. 553. ISSN 1538-3636.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Martina Husáková

Studijní program: Zdravotně sociální péče

Studijní obor: Zdravotně-sociální pracovník

Název práce: Terapeutická komunita pro lidi s duševním onemocněním schizofrenního okruhu

Počet stran (bez příloh): 88

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 24

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Rok dokončení práce: 2013

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji podpisem, že pokud tuto bakalářskou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Martina Husáková

Obor studia: Zdravotně sociální pracovník

Název práce: Terapeutická komunita pro lidi s duševním onemocněním schizofrenního okruhu

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 88

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 27

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Co by autorka změnila v systému péče o klienty v TK Mýto a proč?

Předkládaná práce svým rozsahem (cca 88 str.) přesahuje požadavky na závěrečné práce bakalářského studia. Autorka rozčlenila práci do dvou celků – na teoretickou a praktickou část.

V prvních třech kapitolách teoretické části se věnuje definování a etiopatogenezi duševních onemocnění schizofrenního okruhu a shromažďování základních informací o specifikách práce s lidmi trpícími schizofrenií. Členění kapitol v teoretické části je přehledné, kapitoly na sebe navazují a jsou logicky uspořádané. Autorka se v této části spíše zdržuje vlastních názorů a přednost dává citovaným autorům. Ve čtvrté kapitole teoretické části se věnuje popisu práce v Terapeutické komunitě Mýto, kde pracuje. Jedná se o popis této terapeutické komunity jako specifické metody resocializace. Druhá část práce je nazvána praktickou a stylisticky je rozdílná od části první. Autorka zde zpracovala čtyři kasuistiky klientů komunity. Praktická část je jakousi „živou“ ilustrací pro část teoretickou, má charakter „ilustrativních případových studií“, kde se autorka snaží o konkrétní popisy případů „typických“ klientů terapeutické komunity. Kasuistiky jsou vypracovány biograficky, přehledně s ohledem na rodinnou, sociální a osobní anamnézu. Kasuistiky jsou psány čtivě s literární kvalitou a jsou shrnuty v závěrečné diskusi. Autorka je stylisticky zdatná.

Připomínky:

Na jedné straně kolegyně prokazuje nadání pro kvalitativní pohled na studovanou problematiku, na druhé straně je na škodu, že její názory zůstávají v pozadí. Je na škodu, že celou práci nepojala jako případovou studii Terapeutické komunity Mýto, která je v ČR ojedinělá. Kasuistiky sice nepostrádají „autenticitu“, nicméně bylo by možné vydobýt více z vlastních zkušeností autorky s představenými klienty a tímto typem resocializace. Práce by získala na vědecké hodnotě, pokud by obsahovala i větší nadhled a kritickou reflexi autorky k systému práce v terapeutické komunitě, ale to již přesahuje obsahové i formální nároky na bakalářskou práci a doporučuji se tomuto věnovat v dalším studiu.

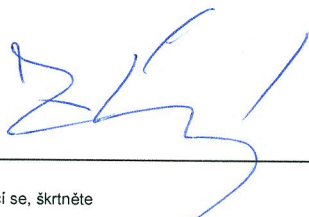
Celkové hodnocení: TK Mýto je v ČR jedinou terapeutickou komunitou pro tento typ onemocnění a ocenit především musíme, že autorka popsala a ilustrovala systém resocializace v komunitě, která dosud stála stranou vědeckého bádání.

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Datum, podpis:

14.5.013



* nehodící se, škrtněte

Posudek oponenta bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: Martina Husáková

Obor studia: Zdravotně-sociální pracovník

Název práce: Terapeutická komunita pro lidi s duševním onemocněním schizofrenního okruhu

Vedoucí/oponent* práce: Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 88

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 29

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			x	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

				x
--	--	--	--	---

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			x	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

			x	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Jaký je vztah mezi komunitní péčí a psychoterapií, uveďte základní podobnosti a rozdíly
2. Proč si myslíte, že do léčebné komunity jsou bráni pacienti, kteří nemají psychotické příznaky?
3. Jaký je vliv psychofarmak na psychotické onemocnění?
4. Vysvětlíte z hlediska psychopatologie přítomnost, resp. nepřítomnost depresí u Vámi uváděných pacientů/klientů.
5. Co soudíte o účasti rodinných příslušníků v komunitní péči. Vysvětlíte s pomocí odborné literatury a jmenovitých odkazů na ni.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Souhrnně: Studentka si dobře vybrala, komunitní péče o psychotické pacienty je na vzestupu a má řadu zajímavých podob. Studentka projevila cit pro problematiku, i když se v celé práci pohybuje v paradigmatech, která nejsou dostatečně vyjasněná jak teoreticky, tak vykazují malou informovanost a srovnání s jinými podobnými komunitami. Autorka se sama opírá pouze o zdejší autory, navíc někteří z nich se explicitně danou problematikou vůbec nezabývají (viz. seznam literatury). Nechápu, proč cituje komunity pro závislé, kde je její postavení česky specificky direktivní a autoritářské. S problematikou schizofrenního onemocnění mají společné převzaté organizační rysy, což by stálo za analýzu. Chybí totiž zcela samostatná určující vodítka, což měla autorka podrobit tázání. Ke kladům práce patří uvědomění, že lidé potřebují individuální přístup, což koliduje s organizací komunity, autorka hovoří o slevení z požadavků, což by opět zasluhovalo samostatné zamyšlení. Jedná se o „slevení“, nebo je to určující potíže? Protože se však jedná o práci bakalářskou lze ji považovat za velmi dobrou. Stálo by za to práci v budoucnosti propracovat a domyslet tak, aby mohla sloužit coby diplomový text. Téma i přístup k němu je nadějný. Takový text však je nemyslitelný bez reprezentativních zahraničních opor a důkladných konzultací s odborníky i klienty! Vstupní „teoretické mantry“ jsou zbytečné a rušivé.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: doporučuji k obhajobě, slušná práce s poněkud nezřetelnými kazuistikami i závěry.

Datum, podpis:

Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D

13. 5. 2013

* nehodící se, škrtněte