

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Duševní onemocnění a terapeutická komunita

Terapeutické faktory

David Odstrčil

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

PRAHA 2009

Prague college of psychosocial studies



Mental illness and therapeutic community

Therapeutic factors

David Odstrčil

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

PRAGUE 2009

Anotace:

V této práci čtenáři přibližují svět jediné terapeutické komunity (dále jen TK) pro lidi s duševním onemocněním (schizofrenií) v Česku. Zajímá mě, jak (čím) a kde (v jaké oblasti) působí tato TK léčebně na klienty. Postupuji směrem od obecného ke konkrétnímu. Schizofrenii definuji z pohledu bio-psycho-sociálního a představuji péči o duševně nemocné v České republice. TK charakterizuji, jako zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie. Co terapeuticky působí v TK pro duševně nemocné, je těžké definovat, neboť účinné faktory zde dosud nebyly popsány.

Přínosem této práce je vyzkoušení kvalitativní metodologie v neprozkoumané oblasti zmiňované TK. Metodu ohniskové skupiny realizuji s klienty i terapeuty. Data analyzuji zakotvenou teorií a navrhuji tři základní kategorie: citová blízkost; režim, který pomáhá; osobní sycení. Kategorie se vzájemně prolínají a ovlivňují. I přesto, že se v představené TK nerealizuje skupinová psychoterapie, můžeme zde nalézt její účinné faktory. TK působí terapeuticky na změnu návyků a životního rytmu klientů. V závěru práce navrhuji otázky pro další výzkum: jak se změní platnost navržených kategorií, bude-li v TK realizována skupinová psychoterapie? Jaká je míra léčebného vlivu komunity na zlepšování průběhu nemoci? Jakou platnost má terapeutizující působení této komunity na klienty i v době po jejím opuštění?

Klíčová slova:

Duševní onemocnění, schizofrenie, komunitní péče, rehabilitace, komunita, terapeutická komunita, terapeutické faktory.

Abstract:

In following work I bring near to the readers the word of therapeutical community (TC) for the people from Czech Republic which suffer from serious mental illness (schizophrenia). I am interested in, how and where(in which field) does the treatment of this community work. I am going the direction from the common things towards to the concrete topics. I am defining schizophrenia from the bio-psycho-social point of view, I am presenting the care for mentally ill people in the Czech Republic. I am characterizing here the therapeutical community as a special kind of intensive group therapy. It is very difficult to define, what in the TC for the people with mental illness does therapeutical work, because effective factors have not been described yet.

The contribution of this work is testing of the qualitative methodology in the unsearched area of this TC. I am realizing the focus group method with the clients and therapists together. I am analyzing data by grounded theory, I am proposing three basic groups: emotional proximity, regime, which is helping, and personal impletion. The categories are reciprocally influenced one by other. Despite of that there is no group psychotherapy realizing in described TC, we can find its effective factors here. TC is impacting therapeutically the change of client's customs and rythm of their lives. In the end of this work I am proposing the questions for following/next search: how the validity of the proposed categories will change, if there will be realised a group therapy in TC? What is the influence of TC on improving the treatment process of the clients? Which validity has the influence of this community on the clients in the time after leaving TC?

Key words:

Mental illness, schizophrenia, community care, rehabilitation, community, therapeutic community, therapeutic factors.

Prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil.“

V Praze dne: 28. 8. 2009

David Odstrčil

Poděkování:

Děkuji svému vedoucímu práce Mgr. Janu Jakubu Zlámanému, za tvůrčí nápady, připomínky a výraznou podporu při psaní.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Obsah | 1 |
| Úvod | 3 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST | 4 |
| 1 Vymezení pojmů | 5 |
| 1.1 Klíčové pojmy | 5 |
| 1.2 Základní pojmy | 5 |
| 2 Duševní nemoc | 6 |
| 3 Schizofrenie | 7 |
| 3.1 Vymezení pojmu | 7 |
| 3.1.1 Etiologie schizofrenie | 7 |
| 3.1.2 Doba vzniku schizofrenie | 8 |
| 3.1.3 Nejčastější formy schizofrenie | 8 |
| 3.2 Příznaky a důsledky schizofrenie | 9 |
| 3.2.1 Poruchy myšlení a vnímání | 9 |
| 3.2.2 Poruchy afektivity | 10 |
| 3.2.3 Sociální izolace | 10 |
| 4 Druhy péče o klienty s duševní nemocí | 11 |
| 4.1 Ústavní péče a duševní nemoc | 11 |
| 4.2 Komunitní péče a duševní nemoc | 11 |
| 4.3 Sociální služby a psychosociální intervence pro duševně nemocné | 12 |
| 5 Komunita terapeutická | 14 |
| 5.1 Definice pojmu | 14 |
| 5.2 Historie terapeutických komunit | 16 |
| 5.3 Teorie terapeutických komunit | 17 |
| 5.3.1 Klíčové prvky fungování komunity | 17 |
| 5.3.2 Základní principy terapeutické komunity | 19 |

| | | |
|------------|---|--|
| 6 | Terapeutická komunita pro lidi s duševní nemocí Mýto | 20 |
| 6.1 | Představení TK Mýto- cíle, cílová skupina | 20 |
| 6.2 | Fáze pobytu klienta v TK..... | 20 |
| 6.3 | Tým TK..... | 21 |
| 6.4 | Činnosti v komunitě- dílny TK..... | 22 |
| 7 | Terapeutické faktory..... | 23 |
| 7.1 | Účinné faktory podle Kratochvíla a Yaloma | 23 |
| 7.1.1 | Členství, soudržnost, vzájemná podpora a pomoc | 24 |
| 7.1.2 | Sebeprojevení, katarze | 24 |
| 7.1.3 | Interpersonální učení..... | 25 |
| 7.1.4 | Získávání nových informací, nácvik nového chování, socializace | 26 |
| 7.1.5 | Existenciální faktory | 26 |
| 7.2 | Účinné faktory v TK podle Kooymana..... | 27 |
| II. | EMPIRICKÁ ČÁST | 30 |
| 1 | Teoretická východiska | 30 |
| 2 | Popis metodologického rámce a metod | 31 |
| 2.1 | Obecný metodologický rámec | 31 |
| 2.2 | Výzkumný soubor..... | 32 |
| 2.3 | Metody zpracování a analýzy dat | 32 |
| 2.4 | Metody kontroly validity, etické problémy a rizika výzkumné sondy | 34 |
| 3 | Analýza výsledku výzkumu | 35 |
| 4 | Diskuze | 41 |
| | Závěr | 43 |
| 8 | Přílohy | Chyba! Záložka není definována. |

Úvod

Od počátku svého působení v sociálních službách mě oslovoval pojem „komunitní“. Komunitní práce, komunitní bydlení, komunitní služby. Nevěděl jsem ale, co toto označení znamená a jen vzdáleně se domníval, že je to snad jakýsi protiklad sociálním službám ve velkých institucích, kde je snadno vnímatelný „duch společenství“. Hrál jsem si s myšlenkou, že se v nich lidé o vše starají společně a „to“ společné je „to“ přínosné. Měl a stále mám jen nepatrně znalostí i zkušeností, které mohou moje myšlenky potvrdit, upravit, či zcela vyvrátit.

Výběr školy, kde se s „duchem komunity“ pracuje, proto nebyl náhodný. Chtěl jsem si zakusit „na vlastní kůži“, jaké to je být jedním z členů komunity, jak školní, tak i výcvikové.

Pocitům a prožitkům, jež jsem v průběhu studia a sebezkušenosti zažíval a zažívám, chci pootevřit dveře i vně - ve své praxi a práci. Jestliže je vnímám jako „přínosné“ u sebe, jak je vnímají klienti v sociálních službách?

Zajišťuji si odborné stáže, praxe, zaměstnání v sociálních službách. Jsem navázán na transformující se ústav sociální péče (bývalé označení) a vidím deinstitucionalizaci v praxi. Poznávám lidi v chráněných bydleních, a čím dál tím více si mažu hranici zdi ústavu.

A nejsou tu jen ústavy pro klienty s mentální retardací, či poruchou autistického spektra. Problematika obrovských institucí v podobě léčeben se týká i mnoha lidí s duševním onemocněním. Stále více poznávám a rozlišuji přístup v ústavu a mimo něj. Psychiatrické léčebny zcela neztracují, ale do popředí mého zájmu se ze svého vnitřního nastavení nedostávají.

Na druhou stranu nastavení terapeutické komunity (dále jen TK) jako sociální služby mě láká. Zjišťuji si pro jakou klientelu a jak terapeutické komunity pracují. Terapeutickou komunitu určenou lidem s duševním onemocněním poznávám při vícedenní stáži. Potkávám kolegy pracující v jiných terapeutických komunitách, a tím si prohlubuji své poznatky.

Myšlenka společného sdílení jednoho obydlí a společně tráveného času obsahuje dynamiku skupiny. V pojetí terapeutické komunity obsahuje dynamiku společenství lidí, které pojí stejný zájem (záměrně neodlišuji mezi personálem a klientelou).

A to mě zajímá: Jaké „je“ léčebné spolubytí? Co je to hlavní, co klientům pomáhá? Jak vnímají svůj čas v komunitě? A co si o tom všem vlastně myslí terapeuti?

I. TEORETICKÁ ČÁST

Jedním z cílů v první části této práce je představení teoretického základu sociální práce s duševně nemocnými lidmi. Z obecného pohledu bych se chtěl přiblížit k pohledu konkrétnímu, a to k popisu sociální práce s výše zmiňovanou klientelou v terapeutických komunitách.

Východiskem mi je zkušenost s TK pro lidi s duševním onemocněním, převážně schizofrenií.

V možnostech rozsahu této práce není prostor se komplexněji věnovat otázce léčby schizofrenie, tuto oblast z tohoto důvodu vynechávám.

V jednotlivých kapitolách se budu snažit nabídnout čtenáři pohled směřující z obecného ke konkrétnímu, s logickým uspořádáním těchto kapitol. Mým cílem není napsat příručku práce s klienty v terapeutických komunitách. Rád bych předal pohled na tuto problematiku čtivou formou, která by ale neměla být na úkor odborným požadavkům na zpracování bakalářské práce.

1 Vymezení pojmů

1.1 Klíčové pojmy

Jako klíčové pojmy této práce vnímám především duševní nemoc, schizofrenii, terapeutickou komunitu a terapeutické faktory. Definici těchto pojmů shledávám natolik obsáhlou, že jsem se pro jejich vymezení rozhodl použít první odstavce jednotlivých kapitol.

1.2 Základní pojmy

Mezi základní pojmy této práce, které zde budu charakterizovat, patří komunita, komunitní péče a rehabilitace.

Komunita je často charakterizována ze dvou úhlů, sociologického a psychologického.

Dle sociologického je komunita souhrn osob, které žijí na určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku

Definice z psychologického hlediska se dívá na komunitu, jako na typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce (Foitová, 2009). Toto pojetí se v jiných definicích opakuje a pro účely této práce je tak dostačující.

Zde zvolená definice jednoduše zachycuje základní principy **komunitní péče**: „Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem (Pfeiffer in Foitová, 2009).

Rehabilitaci definuje Hartl (2004), jako léčebnou a doléčovací péči, která usiluje o obnovu porušené funkce nebo schopnosti, přechází do resocializace, zpětného začlenění člověka do každodenního života, případně do práce. Pro naše potřeby tak můžeme rozeznat rehabilitaci pracovní, či sociální. Obě se dají charakterizovat jako cíleně zaměřená péče s různou mírou odborné podpory za cílem znovunabytí pracovních, či sociálních dovedností (Jarolímek, 2006).

2 Duševní nemoc

Ve strohém vymezení je duševní nemoc v klasickém chápání proces, který má svou příčinu, začátek, průběh a konec v podobě vyléčení nebo smrti. V současné platné Mezinárodní klasifikaci nemocí je pojem nahrazován duševní poruchou (Hartl, 2004).

Podle definice Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) je duševní porucha zjevná porucha duševní činnosti, natolik specifická ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení nebo obou. (Rybová, 2008). Z této definice vyplývá, že u duševních poruch jde i o poruchy adaptace jedince na zevní prostředí, především sociální. Osoby s duševní poruchou nejsou schopny adekvátně sociálně fungovat podle všeobecně akceptovaných norem svého sociokulturního prostředí.

Podle údajů Světové banky a WHO jsou třemi hlavními psychiatrickými poruchami deprese, bipolární poruchy a schizofrenie (Rybová, 2008).

Deprese je duševní stav charakterizovaný pocitem smutku, skleslosti, nerozhodnosti, zpomalením duševních i tělesných procesů, úzkostí, apatií, sebeobviňováním. Někdy je projevem duševního onemocnění (např. bipolární afektivní poruchy). Člověk v depresi hodnotí záporně sebe i svět, očekává selhání namísto úspěchu. Kritickým obdobím je dospívání, klimakterium, involuční věk, jarní a podzimní měsíce. Deprese je chorobná, trvá-li nepřiměřeně dlouho, je nepřiměřená situací, má nepříznivý vliv na chování (Hartl, 2004).

Bipolární porucha neboli bipolární afektivní porucha je bipolární cyklotymní afektivní onemocnění, při němž se střídají fáze depresivní, melancholické a fáze manické, případně s obdobím normální nálady. Fáze mohou být různě dlouhé a mohou se různě střídat (Hartl, 2004).

Schizofrenií označujeme soubor schizofrenních poruch, které se projevují poruchami myšlení, vnímání, afektivity a jednání. Vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány. Rozvíjejí se bludné výklady, sluchové halucinace, myšlení se stává nepřesné, nespojité a neproniknutelné, slovní vyjádření nepochopitelné. Příznaky musejí trvat alespoň jeden měsíc nebo déle. Z nejčastějších příznaků viditelně porušená afektivita, od plačtivosti až po lhostejnost, rozpad logického myšlení a ztráta kontaktu s realitou (Hartl, 2004).

3 Schizofrenie

Tím, že patří schizofrenie k nejčastějším a nejzávažnějším duševním poruchám (Vágnerová, 2002), se v této kapitole budu jejímu definování věnovat podrobněji. Od charakteristik nemoci, jejím průběhu a forem přejdu k sociální práci s lidmi s duševním onemocněním.

3.1 Vymezení pojmu

Z výše napsaného vyplývá, že schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Vágnerová (2002) dále uvádí, že schizofrenie patří k nejzávažnějším psychickým poruchám.

Zajímavé je, že postihuje 0,2-1 % populace ve všech zeměpisných oblastech světa a u všech rasových skupin. Taktéž muže i ženy postihuje přibližně stejně (Češková, 2006).

Jarolímek (2006) pro pochopení schizofrenie uvádí příkladu kontinua, na jehož jednom pólu je tzv. normální člověk a na pólu opačném schizofrenik. Někde uprostřed se nachází neurotik. Toto rozložení není během života neměnné: jak se může při nadměrné zátěži přesunout normální člověk do oblasti neurózy, popř. psychózy, tak je možný pohyb i opačným směrem. K tomu dále poznamenává: „*schizofrenní symptomy mohou časem zeslábnout a přeměnit se na neurotické obtíže, případně i zcela odeznít. To znamená, že i u schizofrenie je možné plné uzdravení*“ (Jarolímek, 2006, s. 7).

3.1.1 Etiologie schizofrenie

Otázkou, na kterou není jasná a jednoznačná odpověď je etiologie schizofrenie. Autoři se shodují, že jde obecně o důsledek vzájemného působení biologických a psychosociálních faktorů (Jarolímek, 2006; Kalina, 1987; Vágnerová, 2002).

Biologické faktory zahrnují především dědičnou dispozici. Je-li jeden z rodičů schizofrenik, je pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění u jejich potomka 11%. Pokud jsou takto nemocní oba rodiče, je toto riziko 40%. Mezi další biologické faktory lze zahrnout virové onemocnění budoucí matky v průběhu těhotenství a porodní komplikace (zejména přidušení při porodu) (Jarolímek, 2006).

Mezi **psychosociální faktory** vzniku schizofrenie patří především citové klima v základní rodině, a to hlavně do cca 2 let věku dítěte. Dále pak vztahy a postavení jedince v jeho významných sociálních skupinách (třída, parta, volnočasové oddíly apod.) (Jarolímek, 2006).

Podíl biologických a psychosociálních faktorů je u každého jedince rozdílný, což znamená, že je rozdílný i vývoj a průběh samotné nemoci.

Je ale pochopitelné, že u takto predisponovaných jedinců mohou znamenat vyšší zranitelnost i běžné vlivy okolí. Lze u nich mluvit o nižší frustrační toleranci k psychické zátěži tak, že i zátěže běžně působící u nich mohou vyvolat schizofrenní onemocnění. Takovou zátěží může být určitý neúspěch, odmítnutí blízké osoby, odloučení od rodiny. Reakce na ni je u dědičně predisponovaného jedince jednoznačně nepřiměřená. Souhlasím tak s tímto tvrzením Vágnerové: *„Lze říci, že problém nespočívá v zátěži, ale ve způsobu, jakým ji jedinec zpracuje“* (Vágnerová 2002, s. 177).

3.1.2 Doba vzniku schizofrenie

Doba přechodu k dospělosti, kdy se mladý člověk odpoutává od své primární rodiny a tím se osamostatňuje, je nejčastějším věkem vzniku schizofrenie. Zvolský (in Vágnerová, 2002) uvádí k tomuto nejčastější dobu onemocnění, a to v rozmezí 16-25 let, i když se nemoc může projevit do 45. roku věku. Jarolímek (2006) zase píše o nejběžnější době vzniku onemocnění věk 15-19 let s tím, že nemoc může vzniknout v dětství i starším věku života.

Schizofrenie je také epizodické onemocnění. To znamená, že asi u 60% nemocných se může vracet nemoc v nových epizodách, které se nazývají relapsy. Tyto epizody ale nevznikají náhodně, zpravidla bývají stimulovány další nadměrnou zátěží či stresem (Jarolímek, 2006).

3.1.3 Nejčastější formy schizofrenie

Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN- 10), se mezi nejčastější formy schizofrenie řadí **paranoidní schizofrenie**, která je charakterizována patologickou podezíravostí vůči okolí, dále **hebefrenní schizofrenie**, jež se projevuje v poruchách myšlení a emočních reakcí, a **katatonní schizofrenie** s typickými nápadnostmi v oblasti motorické aktivity (nadměrný, či ztlumený pohyb) (Vágnerová, 2002).

3.2 Příznaky a důsledky schizofrenie

Do základní skupiny příznaků často nazývaných pozitivními symptomy patří vedle poruchy myšlení a vnímání poruchy afektivity a sociální izolace. Označení „pozitivní“ znamená nadměrné či zkreslené vyjádření normálních funkcí (Vágnerová, 2002).

3.2.1 Poruchy myšlení a vnímání

Nemocný schizofrenií nedokáže uvažovat koherentně. Jeho úsudky, volby a celkový projev, odrážející se ze soukromé logiky individuálního světa bludů a halucinací, se jiným lidem jeví jako nesmyslný a zvláštní. Myšlení je často ulpívavé a objevují se i myšlenkové zárazy. S tím souvisí i nesprávná orientace v realitě a změny v sebehodnocení. Nemocný si často „upravuje“ význam aktuálního dění, neboť potřebuje najít vysvětlení všech možných změn, které by zapadlo do jeho komplexní interpretace světa. Jestliže se mu to podaří, cítí se jistější a bezpečnější (Vágnerová, 2002).

Typickým příznakem je i pocit cizosti, a to jak svých myšlenek, citových pohnutek, tak i vůle svého těla. Taktéž dochází k úplnému odtržení od vnějšího světa i k rozpadu integrujících funkcí osobnosti. Může nabývat pocitu, že má nereálné schopnosti a tyto schopnosti také připisuje svému okolí (např. pocit ovládnutí druhých a druhými). Neschopnost adekvátního zpracování běžných informací a pohlcenost do chaosu myšlenkového světa bere nemocnému tolik energie a času, že není schopen věnovat pozornost něčemu dalšímu (Vágnerová, 2002).

Podle NKN- 10 patří mezi příznaky schizofrenie halucinace a bludy.

Myslivoček (in Vágnerová 2002, s. 179) píše: „*Blud je mylné přesvědčení, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný věří, a které má patický vliv na jeho jednání.*“ Společně s Jarolímkem (2006) se dá říci, že blud je falešná představa, která dotyčnému připadá zcela pravdivá a nelze mu ji nikterak vymluvit.

Bludy mají různé obsahy i zaměření. Např. kontrolování, ovlivňování, pronásledování, velikářské či paranoidní bludy. Na rozdíl od halucinací blud vzniká na základě vnějšího podnětu a jedinec je o jeho přítomnosti vědom. Je známo, že bludy bývají obdobné u všech sociálních skupin, ale rozdílné co do pohledu geografického a kulturně-historického (Vágnerová, 2002)

Halucinace vznikají nezávisle na vnějším podnětu, jsou produktem zkresleného vnímání okolní reality a jedinec je o jejich reálnosti nezvratně přesvědčen. Znamená to, že člověk vidí, slyší nebo cítí věci, které nejsou vidět, slyšet nebo cítit ostatními lidmi (Jarolínek, 2006).

Mezi nejběžnější patří halucinace sluchové, kdy jedinec slyší hlasy, které mluví buď přímo k němu, nebo o něm, často přicházejí zvenku, vzácně z jeho nitra. Hlasy mu mnohdy mu něco sdělují nebo přikazují. V závislosti na jejich obsahu a naléhavosti se může chování nemocného stát nebezpečné jemu i okolí. (Vágnerová, 2002).

3.2.2 Poruchy afektivity

Emoční prožívání nemocného schizofrenií se mění, lze je hodnotit jako nepřiměřené, popř. oploštěné, otupělé a přispívá k němu i porušený kontakt s realitou. Nemocní mohou být na některé podněty velice citliví, a mnohdy u nich vyvolávají silnou a neobvyklou reakci. Na množství a chaotický obsah vlastního vědomí reaguje nemocný i emočně (Gelder in Vágnerová, 2002). Statistiky uvádějí, že až u poloviny nemocných se společně se schizofrenií objevuje deprese a závažná je i vysoká sebevražednost, která činí 10% (Jarolímek, 2006).

V pozdějších fázích onemocnění dochází k citovému oploštění, kdy se snižuje schopnost pozitivně reagovat, kdežto mrzutá nálada přetrvává mnohem déle (Vágnerová, 2002).

3.2.3 Sociální izolace

Lidé nemocní schizofrenií mají taktéž zvýšenou tendenci k sociální izolaci. Tím, že se „stahují do sebe“ a zaměřují se tak výlučně na svůj vnitřní svět, ztrácejí nemocní zájem o kontakt s okolím. Vnějšímu dění nerozumí, mají z něj strach, proto se jeví bezpečnější se tomuto vyhýbat.

K nadměrně kritickému jednání okolí vůči nemocnému schizofrenií může docházet v návaznosti na hypobulii, neboli oslabení vůle. Tento významný příznak nemoci je lidmi v pacientově okolí běžně zaměňován za lenost, či neochotu něco dělat (Jarolímek, 2006).

4 Druhy péče o klienty s duševní nemocí

4.1 Ústavní péče a duševní nemoc

Určitá část lidí, která se ve svém životě potká s duševní nemocí, potřebuje na časově omezenou dobu péči ústavní. Tato institucionalizovaná péče by již však v současné době neměla v léčbě pacientů zaujímat přední (jediné) postavení. Jako i v jiných odvětvích sociálních služeb, se i v péči o duševně nemocné začíná léčba opírat o podporu deinstitucionalizace. Jedná se o přesunutí podpory ze státních institucí, která byla charakteristická pro předcházející politické období, na přirozenější podporu ve společenství mimoústavním (Klosová, 2008). Lucie Rybová v publikaci vydané v rámci projektu Cesty z labyrintu duševní nemoci naopak uvádí, že od roku 2000 stoupl počet hospitalizovaných o 5,3%, z nichž 66,6% byla provedena v psychiatrických léčebnách. V léčebnách trvá také hospitalizace nejdéle, průměrně 80,4 dnů, zatímco hospitalizace na psychiatrických odděleních nemocnic jen 21,2 dnů (Rybová, 2008).

4.2 Komunitní péče a duševní nemoc

Péči o klienty by tak v první řadě měla zabezpečovat péče komunitní, která by měla být zaměřena na podporu lidí, nikoliv na budování institucí. Komunitní péči tak chápeme jako komplexní péči týmu profesionálů z oblasti zdravotní a sociální sféry, kteří zajišťují lepší dostupnost, větší flexibilitu směrem ke klientovi a orientaci na jejich individuální potřeby. Důležitou součástí komunitní péče je také chápání klientů jako rovnocenných partnerů v procesu léčby (Klosová, 2008).

Komunitní péče je často realizována sociálním pracovníkem, který poskytuje informace, pracuje s klientem, zastupuje jej. Jeho roli lze chápat jako prostředníka mezi duševně nemocným a společností. Předpokladem sociální práce s duševně nemocným je kromě běžné odborné vybavenosti též základní znalost symptomatiky, dynamiky duševních nemocí, terapeutických intervencí, vlivu medikace, sociální rehabilitace. Kompetentní sociální pracovník musí být schopen sestavit plán intervencí, hodnotit výsledky a vědět, jak práci s klientem ukončovat. K tomu využívá schopnosti navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat a být vnímavý k verbálním i neverbálním projevům klienta (Matoušek, 2005).

Sociální pracovníci se v péči o duševně nemocné mohou pohybovat v oblastech sociální rehabilitace (trénink sociálních dovedností), rodinné/ individuální psychoterapie, či případového vedení (case managementu) (Klosová, 2008).

4.3 Sociální služby a psychosociální intervence pro duševně nemocné

V péči o duševně nemocného klienta se klade velký důraz na podporu rodiny. Převážná část lidí s duševní nemocí (30- 60%) totiž žije se svými rodiči či jiným příbuzným v čase, kdy vrstevníci zakládají rodiny vlastní a odcházejí z domova. Duševní nemoc klade na jedince takové nároky, že mnohdy nejsou schopni vyřešit svoje bytové problémy či se osamostatnit. Vzhledem k nastupujícímu trendu v odklonu umisťování klientů do léčeben se v rámci na klienta zaměřené řešení socio/bytové situace preferuje spíše bydlení chráněné. Další bytové služby jsou například týdenní stacionáře, azylové domy, domy na půl cesty a terapeutické komunity. Každá tato služba má svá specifika. Kromě poskytnutí stravy, ubytování, učení se zajištění chodu domácnosti aj. se v nich klienti setkávají s výchovnými, vzdělávacími, socio-terapeutickými aktivitami a pomocí při prosazování svých práv a zájmů. Přednost ale jednoznačně dostává bydlení v přirozených podmínkách stálého klientova bydlení tak, aby mohl dále rozvíjet nejen své dovednosti, ale aby byl také posílen jeho pocit bezpečného zázemí. Ideální péče je tedy normalizace, což je přiblížení klienta co nejběžnějším podmínkám (Matoušek, 2005).

Jarolímek (2006) ve své publikaci rozlišuje 5 typů psychosociálních intervencí, které se cíleně používají dle individuálních potřeb klienta. Kromě psychoedukace, kdy se pacientům podávají informace o nemoci a způsobu léčby tak, aby se mohl stát účastníkem léčby je to individuální, skupinová či rodinná forma psychoterapie. Pro tuto práci jsou významné další typy intervencí. Jsou to především různé formy tréninkových kurzů, například nácvik sociálních dovedností, asertivity, nacvičování zvládání stresu a emocí. Dalším typem je sociální rehabilitace. Ta je obzvláště důležitá, neboť většina nemocných nikdy nenabyla, nebo díky nemoci pozbyla základní sociální dovednosti, které jsou nezbytné k samostatnému životu (např. hospodaření s penězi, vaření, praní). Jako poslední je to pracovní rehabilitace. Situace psychotických pacientů často znemožňuje začlenění do pracovního procesu, i když sami pracovat v nějaké formě chtějí. Přibližně třetina pacientů je schopna plně pracovat a dalších 60% je schopna vykonávat různé profese za různě uzpůsobených pracovních podmínkách. Mluví se tak o podporovaném či přechodném zaměstnání.

Všechny tyto typy psychosociálních intervencí se mohou naráz a v různé míře realizovat v terapeutických komunitách. Další kapitoly proto tyto sociální služby více přiblíží.

5 Komunita terapeutická

5.1 Definice pojmu

Co jsou tedy terapeutické komunity? Králová (2008) píše, že terapeutické komunity realizují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo pro osoby s chronickou psychickou poruchou se zájmem o začlenění do běžného života.

Služba poskytuje: terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů klientů, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, stravu a ubytování. V terapeutické komunitě lze pobývat pouze za úplatu (Králová, 2008).

Toto vymezení pojmu shledávám jako nedostatečné. Dle mého názoru vystihuje lépe výchozí definici terapeutické komunity Kratochvíl (1979) a dále Kalina (2008) v jeho širším rozpracování. Kratochvíl (1979) vidí TK jako zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, kde spolu pacienti různého věku, pohlaví a vzdělání žijí. Kromě skupinových sezení společně sdílejí i další program TK s pracovní a socializační činností. Toto malé uspořádání společnosti umožňuje, aby klienti do bezpečí skupiny vnášeli a promítali problémy svého vnějšího života. Odraz tohoto přínosu se projeví ve zpětných vazbách v podobě informací o maladaptivním chování, postupném získávání náhledu na vlastní problémy a na osobním podílu na vytváření těchto potíží. Má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších a adaptivnějších způsobů chování (Kratochvíl, 1979). Tato definice je výstižná a já se k ní připojuji. Otázkou ale je, zda výše napsané platí i pokud se v TK nerealizují skupinová psychoterapeutická setkání. Domnívám se, že do jisté míry ano, ale o tom až v druhé části bakalářské práce.

Kratochvíl (1995) dále definuje TK ve dvou dimenzích:

V širším smyslu: **TK jako systém**, kdy jde o systém řízení léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a spoluúčast všech složek, včetně pacientů, na rozhodování i léčbě. Usiluje se o setření hranic mezi rolmi personálu a pacientů. Významnou složkou této formy organizace jsou pokud možno schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzek personálu, na nichž se usiluje o pochopení dění v komunitě a objasnění reakcí členů týmu vůči pacientům a vůči sobě navzájem.

V užším smyslu: **TK jako léčebnou metodu**, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekce maladaptivních interpersonálních vzorců chování a prožívání. Při společném soužití, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti, poskytují vzájemné

interakce a konflikty materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl na vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Klient má současně možnost vyzkoušet i nové formy chování a zakusit jejich společenský dopad.

Pro srovnání uvádím **definici Terapeutické komunity** přijaté Světovou federací terapeutických komunit v r. 1981:

Hlavním cílem TK je podpora osobního růstu. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a sdílením ve společenství lidí, kteří spolu pracují na vzájemné pomoci. TK představuje vysoce strukturované prostředí s jasně definovanými morálními i etickými hranicemi. Ty se odrážejí možnosti dosažení sankcí či výhod. Zvláště významný je pocit, že člověk se stává součástí něčeho, co jej přesahuje. Člověk tu není pacientem velké instituce, je členem, tak jako v rodině. Členové pak hrají významnou roli při řízení komunity a stávají se pozitivními vzory pro ostatní. Členové a tým fungují jako facilitátoři, zdůrazňují osobní odpovědnost za vlastní život a jeho zlepšení. Členové jsou podporováni týmem a dochází ke spolupráci na úkolech ve prospěch komunity. Tlak skupiny pacientů je často katalyzátorem, který skrze kritiku a osobní vhléd vyvolává pozitivní změnu. Náhled na osobní potíže se děje prostřednictvím interakcí ve skupině, ale učení na základě prožitku, selhání i úspěchů a následků se považuje za nejsilnější faktory vedoucí k trvalým změnám. TK zdůrazňuje integraci jedince v komunitě a pokroky jsou hodnoceny v rámci komunity vzhledem k jejím očekáváním. Napětí mezi jednotlivcem a komunitou se využívá ve prospěch jedince a změny takto dosažené se využívá pro další úkoly při integraci dotyčného do společnosti. V komunitě existují dvě linie autority - horizontální a vertikální - , to podporuje myšlenku sdílení odpovědnosti podpory procesu společného rozhodování - pokud je to prospěšné a v souladu s filosofií a cíli terapeutické komunity (Kerr in Nevšimal, 2004).

Z této definice mi jasně vyplývá, že její hlavní snahou je zahrnout co nejširší a nejobecnější konsensus v rámci pojmenování mnoha TK komunit s rozdílnými filosofiemi i prací s klienty. De Leon (in Nevšimal, 2004) k problému nejasného definování TK dodává, že ne všechny programy, které se nazývají terapeutická komunita, užívají stejné sociální a psychologické modely léčby.

Legislativně jsou u nás TK ukotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Konkrétněji pak v § 68, díl 3 - Služby sociální péče (Burdek, 2007).

5.2 Historie terapeutických komunit

Myšlenka TK vznikla v průběhu druhé světové války ve Velké Británii. Do tamních nemocnic přicházelo velké množství vojáků s neurotickými a psychosomatickými poruchami. Bylo třeba jim poskytnout rychlou a efektivní pomoc, aby mohli jít dříve zpět do boje. Začali se proto využívat techniky skupinové terapie s využitím celého dne na oddělení i vztahů mezi pacienty a mezi pacienty a personálem. Takto pracovali psychoterapeuti jako Bion, Foulknes, Main v Northfieldské nemocnici v Londýně, či Jones na oddělení pro vojáky s neurocirkulační astenií v Mill- Hillu. Po válce se dále věnovali skupinové terapii v malých ambulantních skupinách, či při prosazování myšlenek TK v léčebnách. A by to právě Main, ředitel psychiatrické nemocnice Cassel Hospital, který jako první použil v článku z roku 1946 o Northfieldském léčebném programu názvu „terapeutická komunita“ (Kratochvíl, 1979). Main TK charakterizoval jako pokus využít nemocnici nikoliv jako organizaci vedenou lékaři v zájmu jejich větší technické efektivity, ale jako komunitu s bezprostředním cílem plné účasti všech jejích členů v jejich každodenním životě a s konečným cílem resocializace člověka s neurózou pro život v běžné společnosti (Pěč, 2009).

Hlavní podíl na propracování jejího systému a rozšiřování měl ale Maxwell Jones. Formuloval základní teze vedoucí ke změně struktury psychiatrického ústavu tak, aby byl posílen léčebný vliv na pacienty. Jednou z jeho hlavních myšlenek je vytvořit terapeutickou kulturu, která by nebyla hierarchicky řízena shora, ale skládala se ze vzájemně vstřícných postojů a rolí, jež pacienti ve společenství komunity zastávají. Jones proto tvrdil, že tak náročný úkol lze nejlépe splnit vytvořením nového druhu ústavu bez jakýchkoliv tradic. Připomeňme, že do jeho doby byla struktura ústavů pro duševně nemocné tou nejzanedbávanější oblastí (Hartl, 1997).

Jones tak pacientům nabídl možnost přebírat nejrůznější funkce, role, a s nimi i odpovědnost. Sdílením svých potíží s komunitou a zjištěním toho, jak je vidí ostatní, mohli začít pacienti postupně korigovat obraz sebe samých. To se týkalo i personálu. Postupně došlo k vytvoření komunity, která podporovala otevřené vyjadřování názorů a pocitů všech členů společenství (Kratochvíl, 1979).

Princip TK se po světě rychle šířil. Zprvu vznikaly TK pro neurotické pacienty, nebo pacienty se závislostí, až později pro pacienty s psychózou (Pěč, 2009). U nás založil komunitu zaměřenou na léčbu neuróz F. Knobloch, J. Skála komunitu v Apolináři a dále i široce

koncipovaný systém výcvikových komunit SUR. Významná je i kroměřížská komunita vedená S. Kratochvílem (Hartl, 1997).

5.3 Teorie terapeutických komunit

Teorii TK lze stručně formulovat jako zrušení tradiční autoritativní organizace výměnou za otevřenou komunikaci všech členů instituce a jejich spolurozhodování a podílení se na léčbě. Pacienti tak přestávají být pasivními příjemci a do léčby aktivně vstupují. Zpráva WHO (1953) zajímavě informuje o významném rysu TK, o „zploštění hierarchické pyramidy“. Píše se v ní, že nejdůležitějším jednotlivým faktorem efektivity léčby v psychiatrické léčebně, je onen nepostihnutelný prvek, jenž může být popsán pouze jako „atmosféra léčebny“. Dle WHO příliš mnoho psychiatrických léčeben si zakládá na velmi nepříjemné kombinaci všeobecné nemocnice a vězení. Kdežto ve skutečnosti je role, kterou mají hrát, od těchto zcela vzdálená. Je to role terapeutické komunity (Campling, 2001).

V užším slova smyslu je TK pojata jako metoda léčby využívající dynamiku skupiny, přičemž na přestavbě pacientovi osobnosti pracuje především on sám, ale také celé společenství, jehož je členem. Vztahy v komunitě jsou blízké životu venku, tzn. i s problémy a konflikty každodenního života. Schopnost řešit, se stává nejvýznamnější složkou léčby (Radimecká, 2007).

5.3.1 Klíčové prvky fungování komunity

Jones ve spolupráci se svými kolegy vytvořil klíčové prvky fungování komunity. Za tři nejdůležitější lze považovat tato:

Denní setkávání všech členů komunity - v kruhu probíhající diskuze o zážitcích minulého dne a společné plánování aktivit dne následujícího, přičemž personál zde nemusí mít hlavní slovo. To podle Jonese má dva hlavní cíle: převzít část zodpovědnosti za komunitní dění pomáhá pacientům překonat nedostatek sebedůvěry a skrze diskuzi si osahat pocity skryté za chováním, případně opravit zkreslené vnímání.

Týmové porady - setkání všech členů týmu bezprostředně po „komunitě“. V důsledku společných diskuzí o probíhajícím dění se stírají hierarchické hranice mezi personálem a současně se otevírají diskuze nad tématem „kdo je za co odpovědný“.

Živé učení - kdykoli při ohrožení člena skupiny může být svolána mimořádná „komunita“. Zde dochází k okamžité konfrontaci s problémem a následné analýze interpersonálních potíží. (Nevšímal, 2004). Tím se klienti učí řešit vzniklou situaci „tady a teď“, bez toho, aby své potíže

potlačily a jejich řešení nechali na neurčito - na dobu, kdy se potíže nashromáždí a řešení se tak neobejde bez velkých a neadekvátních emočních výlevů.

5.3.2 Základní principy terapeutické komunity

Kratochvíl (1979) dále shrnuje základní principy TK do pěti hlavních částí:

Aktivní podíl pacientů na léčení - pacienti se stávají aktivními účastníky v terapii vlastní i v terapii spolupacientů. Přenáší se na ně část odpovědnosti za řízení oddělení i za léčení, tzn., že sdílí odpovědnost s personálem.

Vytvoření oboustranné komunikace mezi pacienty navzájem, k personálu a od personálu. Tato komunikace je zvláště vítána, neboť otevírá možnosti pro větší pochopení motivů chování jedince a obecně i jeho patologie. Personál vítá kritiku od pacientů, která má ovšem své hranice. Tuto zásadu lze pěkně formulovat tak, že o všem se má a může mluvit, ale ne vše se může dělat.

Zvýšení rovnoprávnosti v rozhodování nastupuje místo tradičního rozhodování shora bez zdůvodňování a bez diskuze. Věci týkající se kolektivu jsou předkládány k diskuzi a samotné rozhodnutí se činí teprve po dostatečném prodiskutování. V rozhodování se uplatňuje princip jednohlasnosti až na závažné případy, kdy terapeutickému týmu zůstává právo veta. Hlavní myšlenkou je zploštění hierarchické pyramidy. Zmenšuje se závislost středního zdravotnického personálu na lékařích. Přebíráním odpovědnosti se tak zvyšuje angažovanost, samostatnost a členové týmu se tak pacientům stávají partnery, než autokratickými autoritami.

Kolektivnost spočívá v podporování vztahů a interakcí mezi všemi členy komunity. Záležitosti komunity jsou všem členům společné, vyžaduje se zodpovědnost vůči kolektivu, poskytování vzájemného porozumění a vzájemné pomoci i kritiky, informací i zpětné vazby. Únik od společných aktivit a snaha vyhnout se společným povinnostem se hodnotí negativně. Je otázkou nakolik má režim komunity tlačit členy ke konformitě, přizpůsobení. Také je otázkou, zda někdy není na místě akceptovat „ne-náladu“ pacientů a dopřát jim prostor o samotě. Osobně zastávám názor, že ano, ale až po sdělení tohoto požadavku na „komunitě“. Na místě by byla též diskuze, zda by poté klienti této možnosti nezneužívali a nevyhýbali se tak záměrně činnostem, které je moc nelákají.

Sociální učení u Kratochvíla splývá s živým učením u Jonese. Sociální učení je učení přímou zkušeností v sociálních vztazích. V TK se toto učení uskutečňuje přímou konfrontací jednotlivých členů komunity na všech (i negativních) projevech, k nimž nutně dochází při běžném životě komunity. Využívá se zpětné vazby, která zde znamená poskytování a přijímání informací o tom, jak působí dané chování na druhé. V takto vytvořeném prostředí se pacienti učí zacházet se svými problémy terapeuticky - pěstuje se u nich úsilí o pochopení motivů a o prohloubený vhled

do interpersonálních vztahů. Předpokládá se, že veškerý trávený čas v komunitě má potenciální terapeutickou hodnotu a může být využit k sociálnímu učení.

6 Terapeutická komunita pro lidi s duševní nemocí Mýto

6.1 Představení TK Mýto- cíle, cílová skupina

TK Mýto sídlí v objektu bývalé fary v obci Mýto nedaleko Rokycan. Komunita je provozována Českou asociací pro psychické zdraví. TK je koncipována jako resocializační pobytové zařízení a její služby jsou určeny mladým lidem s duševní nemocí, převážně schizofrenií po dobu až dvou let. Pobyt v TK Mýto má klientům pomoci obnovit sociální dovednosti, které kvůli nemoci ztratili a připravit je k pozvolnému začlenění se do tzv. “normální“ společnosti, případně k využití náročnějších stupňů komunitní péče (chráněné bydlení, podporované zaměstnání).

Společné prostory bývalé fary může využívat 10-12 žen a mužů. Ti spolu s pětičlenným týmem terapeutů-rehabilitačních pracovníků tvoří komunitu, společenství, které umožňuje učit se samostatnosti, komunikaci a pracovním návykům v chráněném prostředí (Modlitbová, nepublikováno).

6.2 Fáze pobytu klienta v TK

Klientův pobyt v TK je rozdělen do čtyř fází.

V první z nich si klient zakouší zkušební měsíc, seznamuje se s režimem a rehabilitačním plánem (dále jen Rhb plán). Ten je sestavován individuálně ve čtyřech základních oblastech: pracovní, volnočasová, sociální a zdravotní. V komunitě se vše dělá společně: vaří, pere, uklízí, pečuje o zvířata a o zahradu. Ranní, odpolední a večerní komunity by měly sloužit k plánování plnění Rhb hodin (tj. počet hodin stanovených v Rhb plánu dle druhu splněné komunitní práce, např.: kuchyně 3Rhb hodiny, úklid chodby 0,5Rhb hod. apod.) a hovoru o tom, jak se kdo vyspal a měl. Ke konci první fáze probíhá rozhovor o přijetí (Modlitbová, nepublikováno).

Ve druhé fázi - **přivykání**, si klient sestavuje první rehabilitační plán, formuluje si, čeho by chtěl dosáhnout a prvně si stanovuje dlouhodobý cíl. Rhb plán je každý měsíc spolu s klíčovým terapeutem reflektován. Probíhá též rozhovor s psychiatrem komunity. Fáze trvá 2-5 měsíců. Klient je zde konfrontován se svým očekáváním a skutečnými možnostmi sebe i komunity. Počet Rhb hodin se zvyšuje, je možný pobyt mimo komunitu. Pro úspěšný rehabilitační proces je zde

nutné, aby se klient na komunitu navázal. Aby vnímal společenství, jako kladný proces změny (Modlitbová, nepublikováno).

Třetí fáze - využívání nabídky, je specifická vědomým a iniciativním chápáním spoluzodpovědnosti za chod komunity. Klient začíná uvažovat o možné návaznosti služeb a přehodnocuje svá původní očekávání. Doba trvání třetí fáze je 3-8 měsíců. Klienti zde mohou poměrně volně pracovat i trávit čas mimo komunitu. Nevšiml jsem si, že by někteří klienti takto uvažovali a trávili tak svůj čas. Samozřejmě to neznamena, že to tak ve skutečnosti není (Modlitbová, nepublikováno).

Vyčerpání nabídky je název **čtvrté**, konečné a velmi obtížné fáze, která trvá opět 3-8 měsíců. Klient se více orientuje směrem ven z komunity, pracuje již na konkrétní návaznosti- tj. na následné péči, návratu domů. Formuluje nová očekávání vázaná na svět mimo komunitu. Dostává větší podporu terapeutů, je motivován k většímu trávení času mimo komunitu. U dvou klientů, kteří v současné době pobývají v TK, byla tato fáze zřetelně rozpoznatelná, pracovali na poloviční úvazek mimo komunitu, smýšleli o odchodu, bavili jsme se spolu o možnostech a světě venku. Byli jasně samostatnější a soběstačnější (Modlitbová, nepublikováno).

Řádné ukončení pobytu probíhá ritualizovaně na tzv. velké komunitě (tj. setkání všech pracovníků a klientů 1x za měsíc) (Modlitbová, nepublikováno).

6.3 Tým TK

Tým TK tvoří vedoucí rehabilitace, sociální pracovnice, 3 terapeuti a psychiatr komunity.

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

Celý tým se setkává pravidelně na provozních poradách, před Velkou komunitou (také jednou měsíčně) probíhá intervizní setkání týmu, zaměřené na práci s klienty a přípravu velké komunity. Dvakrát ročně probíhá strategické plánování.

Předávání informací probíhá na provozních poradách, intervizních setkáních, při střídání služby, dále pomocí osobních složek v počítači a „elektronického vzkazovníku“ (Modlitbová, nepublikováno).

6.4 Činnosti v komunitě- dílny TK

V rámci rehabilitačního procesu poskytuje TK klientům práci v dílnách - ty mají sloužit jako možnost získat důvěru ve vlastní schopnosti, pracovní návyky a rozšířit své dovednosti. Klienti si mají v rehabilitačním procesu osvojit základní pracovní a sociální návyky. Nutno podotknout, že klienti do TK přicházejí po dlouhodobé nečinnosti a s prací se zde mnohdy setkávají i poprvé ve svém životě.

V provozu je **biofarma**, **textilní** a **truhlářská dílna**. Činnosti v jednotlivých dílnách jsou jednou ze základních kamenů rehabilitace klientů v TK. Tvoří náplň celého pracovního bloku, což jsou minimálně tři hodiny v každém pracovním dni. Každý klient si ve svém individuálním rehabilitačním plánu stanovuje a hodnotí svou schopnost pracovat v pracovních dnech. Počet odpracovaných hodin je hodnocen každý večer na komunitě (Modlitbová, nepublikováno).

Biofarma má za cíl nabídnout alternativu k izolaci způsobené duševní nemocí- kontakt klientů komunity s přírodou, zvířaty a péčí o hospodářství. Náplní jsou opravy a údržba domu, péče o hospodářství, nákupy, úklidy, spoluzodpovědnost za chod domu.

Truhlářská dílna se zaměřuje na nácvik práce se dřevem a základních pracovních návyků, zážitek práce v týmu a podílení se na vytvoření „užitečné věci“, ať na prodej, nebo pro chod komunity. Vyrábí a opravuje se vybavení objektu TK, drobné dekorativní předměty a předměty denní potřeby.

Textilní dílna umožňuje tvořivou činnost, na jejímž konci je textilní výrobek- kapsáře, deky, patchwork, batikovaná trika, tašky. Dílna tak nabízí kreativní trávení volného času (Modlitbová, nepublikováno).

7 Terapeutické faktory

Co tedy působí terapeuticky v terapeutických komunitách? Tato otázka s sebou nese překážky v podobě odlišných teoretických východisek mnoha dnešních TK. Každá TK má vlastní výpověď o „svých“ terapeutických faktorech, která se logicky vzdaluje od těch druhých. Mají ale terapeutické komunity přeci jen něco společného napříč různými teoriemi a aplikacemi léčby?

Souhlasím s Kalinou (2008), že na základě společných charakteristik, lze dokonce uvažovat o jakési „jádrové identitě“ TK různých typů a zaměření. Kalina (2008, s. 129) k tomu píše: „*různé terapeutické systémy pod společnou střešou pojmu „terapeutická komunita“ se sice zaměřují na různé možnosti lidské existence, nepředpokládají však její zcela odlišné formy a v zásadě ztělesňují shodný pohled na život*“. Dá se poté předpokládat, že přes teoretickou rozdílnost mají TK společné a rozpoznatelné jádro účinných faktorů (Kalina, 2008).

7.1 Účinné faktory podle Kratochvíla a Yaloma

Pokud vycházíme z definice charakterizující TK jako „zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie“ (Kratochvíl, 1979), můžeme legitimně vyvozovat, že faktory, jimž se připisuje účinek ve skupinové psychoterapii nacházejí své opodstatněné místo i v terapeutické komunitě. Společně s Kalinou (2008) zde proberu dva soubory účinných faktorů skupinové psychoterapie, které autor pokládá za nejvíce relevantní pro TK.

Názvy jednotlivých faktorů se u obou autorů do jisté míry liší, ale při bližším výkladu však nacházíme řadu podobností a souvislostí (Kalina, 2008).

Yalom (2007) uvádí 11 faktorů:

- Dodávání naděje
- Univerzalita
- Předání informací
- Altruismus
- Korektivní rekapitulace primární rodiny
- Rozvoj sociálních dovedností
- Napodobující chování
- Interpersonální učení
- Skupinová soudržnost
- Katarze

Kratochvíl (1995) představuje těchto 10 faktorů:

- Členství ve skupině
- Emoční podpora
- Pomáhání jiným
- Sebeexplorace a sebeprojevení
- Odreagování
- Zpětná vazba, konfrontace
- Náhled
- Korektivní emoční zkušenost
- Zkoušení a nácvik nového chování

7.1.1 Členství, soudržnost, vzájemná podpora a pomoc

Již samotné **členství** ve skupině lze považovat za terapeutický faktor (Kratochvíl, 1995). Mohutného významu nabývá u lidí, kteří jsou vytáhnuti ze sociálních kontaktů a nemají se tak komu svěřit se svými problémy. U těchto jedinců pak členství ve skupině a participace na skupinových aktivitách může vést k intenzivním prožitkům přijetí, sounáležitosti s druhými lidmi, což lze považovat za určitou korektivní zkušenost, která se může projevit zpětně i v životě mimo komunitu (Kalina, 2008).

Poskytování emoční podpory na základě bezpečí a přijetí skupinou vytváří prostor pro další sdělování, sdílení emocí a **akceptaci** každého člena skupiny v jeho jedinečnosti i s problémy a minulostí. Tyto proměnné mohou mít za následek další setrvání jedince ve skupině= **skupinovou soudržnost** (Yalom, 2007).

Členství ve skupině může přivést klienta k poznání, že jeho problémy nejsou tolik zvláštní, obudné a nepřijatelné pro okolí, a že se s nimi může svěřit, neboť ostatní mají podobné problémy, myšlenky, fantazie. Zjištění, že mohu o svých potížích mluvit bez pocitu viny a studu může přinášet velkou úlevu, další prožitek sounáležitosti a následně i sebezpřijetí. Yalom (2007) nazývá tento faktor **univerzalita**.

Prostřednictvím univerzality a sounáležitosti může u klientů růst víra v možnost léčby. Klient může zažívat pocit, že i on se může pomocí terapie změnit. Pokud klient v možnosti léčby věří, zvyšuje se u něj odhodlání zapojit se do procesů a pracovat na sobě. **Dodávání naděje** je tak jedním ze základních terapeutických faktorů. Tím, že klient v léčbu věří, dostává podporu a pomoc od druhých, je akceptován a taktéž i on se učí akceptovat, **pomáhat jiným**, zapojovat se, sdílet problémy. Klient tím získává na sebedůvěře, že i on je hodnotný, má co nabídnout a může tak ostatním pomoci v léčbě. Jeho život tak může dostat smyslu, což se může projevit i mimo skupinu (Kalina, 2008).

7.1.2 Sebeprojevení, katarze

Skupinová terapie podněcuje otevřené **sebeprojevování**. Tím, že pacient otevřeně sděluje informace o sobě, se stane na okamžik velice transparentním a zranitelným. Často může jít o zážitky a jednání, které jsou spojeny s hlubokými pocity studu a viny. K sebeodhalení by mělo proto dojít jen v prostředí důvěry a bezpečí. Současně se sebeodhalováním se pacient dostává více do kontaktu sám se sebou, začíná se více zabývat sám sebou, přijímat se - tento faktor nazývá

Kratochvíl (1995) aktivním zkoumáním sebe, neboli **sebeexplorace**. **Intenzivním kontaktem** se sebou samým, s potlačenými emocemi ve skupině může kulminovat v momentu **abreakce** či **katarze**, neboli odžití ponejprv přijatých emocí spojených s potlačovanými a traumatickými zážitky z minulosti (Kalina, 2008).

7.1.3 Interpersonální učení

Yalom (2007) používá pro pojetí psychoterapeutické skupiny jako modelu jiné skupiny, či společenství pojmu „skupina jako sociální mikrosvět“. Pokládá jej, a já se připojuji, za základní kámen, na němž spočívá celý přístup skupinové psychoterapie. Na počátku si totiž klient do skupiny přináší svou předchozí zkušenost a promítá ji do vztahů a chování k ostatním členům skupiny. Postupem doby se chtě- nechť začne chovat stejně maladaptivně, jako mimo skupinu.

Skupina na chování jedince reaguje - dává mu **zpětnou vazbu**, tj. informace i tom, jak jeho jednání na ostatní členy působí. Tyto informace jsou samotným klientům často nedostupné, jako by byly pokryté jakousi „slepou skvrnou“ našeho vnímání. Díky zpětné vazbě člověk lépe rozumí tomu, co cítí, lidé v jeho okolí a jak jej vnímají. Zpětná vazba může být i negativní a označuje se jako konfrontace. Pro její terapeutické využití je ale nezbytné, aby její síla byla vyvážena pozitivním oceněním jiných vlastností dotyčného člena (Kalina, 2008).

Dalším faktorem popisovaným Kratochvílem (1995) i Yalomem (2007), je **korektivní emoční zkušenost**. Ta je definována jako „*silně emočně podbarvené prožití vztahu či situace, které opravuje nesprávnou generalizaci, vyvolanou minulými traumatizujícími zážitky*“ (Kratochvíl, 1995, s. 198). Skupina se při ní chová jinak, než člen na základě své mylné generalizace očekává. Tato odezva, doprovázená silným emočním zážitkem, umožňuje klientovi přiměřeně rozpoznávat, kdy je daná reakce či očekávání vhodně a kdy ne. Tím může klient začít vystupovat z bludného kruhu, který si do skupiny přináší (Kalina, 2008). Yalom (2007) uvádí, že zvláštní formou korektivní zkušenosti může představovat prožívání skupiny jako modelu rodiny klienta. Autor tak **korektivní rekapitulaci primární rodiny** uvádí jako samostatný terapeutický faktor. Skupina prý ožívuje a opravuje zkušenosti z primární rodiny, rodinných vztahů a rodinného dění. Do skupiny se projikuje např. sourozenecká rivalita (soupeření o pozornost terapeutů), boj o dominance atd. Člen skupiny se postupně odvažuje tyto vztahy a emoce s nimi spojené rozpoznávat a otevřeně vyjadřovat. Skupina ho v tomto podporuje, napomáhá mu k osobnímu zrání a poskytuje vývojové podněty, které mu v primární rodině chyběly (Kalina 2008).

Osobně se s tímto faktorem nemohu ztotožnit, nemám jej nikterak podložený, pouze se mi pocit, že mám být klientům otcem a že bojují o mou pozornost, jeví poněkud vytržený z celku, a jaksi uměle naroubovaný na jejich jedinečnost.

Faktorem, odrážejícím se z dění ve skupině, je **náhled** (vhled). Označuje se jím pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice a vztazích ve spojitosti s nevhodným chováním. Jde o odhalení nových pohledů na sebe sama, pohledů, které mohou být nepříjemné a trapné, ale v důsledku vedou k úplně jinému pojetí sebe sama a pohledu na vlastní problém (Kalina, 2008).

7.1.4 Získávání nových informací, nácvik nového chování, socializace

Yalomův faktor **poskytování informací** zahrnuje např. didaktické instrukce o duševním zdraví, rady, návrhy a přímá doporučení, které dávají terapeuti nebo ostatní členové skupiny. V TK se řada rad a postupů terapeuticky využívá s vyrovnáním se s pravidly a principy komunity. Řada těchto doporučení je zakotvena v komunitních pravidlech, neboli „desaterech“. Účinnost rad bez vlastního přičinění a změny vlastního postoje je však omezená. Yalom ale dodává, že již samotné podávání rad ve skupině svědčí o zájmu a péči a je důležitější, než jejich konkrétní obsah (Kalina, 2008).

Kromě informací a poznatků člověk ve skupině získává i nové sociální dovednosti. **Zkoušení a nácvik nového chování** a **rozvoj sociálních dovedností** jsou důležitými nástroji procesu terapeutické změny. Dojde-li totiž ke změně a skupina na ni kladně reaguje, může tato změna vyvolat celý nový koloběh interpersonálního učení na základě pokračující zpětné vazby. Zahajuje se tzv. „adaptivní spirála“, která začíná uvnitř skupiny a postupně se přesouvá i mimo ni. Nevhodné chování se mění se schopností klienta navazovat uspokojivější vztahy. V důsledku toho se snižuje úzkost, roste sebedůvěra a otevřenost. Otevření jsou pak i druzí lidé, což opět podporuje další vývoj kladným směrem (Kalina, 2008).

7.1.5 Existenciální faktory

Podle Yaloma se existenciální faktory týkají několika témat: odpovědnost, základní osamocení, náhodnost, nevypočitatelnost existence, smíření s naší smrtelností a z toho vyplývající důsledky pro cestu životem (Kalina, 2008). Tyto všechny témata se vztahují k existenci, ke konfrontaci se základními fakty našeho života- smrtelností, svobodou, odpovědností za vlastní život, osamocenou vržeností do existence a naším hledáním smyslu života. Yalom uvádí, že celá

kategorie existenciálních faktorů je často klienty hodnocena velmi vysoko. Nesmírně důležité jsou především pro klienty s vážnými duševními a zdravotními problémy, které spojuje jakási limitovanost - hranice času, možností a zdraví. Nutno ještě dodat, že existenciálními faktory se mnoho terapeutů nezabývá, i když mnozí (i z jiných terapeutických škol) jsou překvapeni tím, že když se zamyslí nad svými technikami a nad základním pohledem na situaci člověka, zjistí, že mají vlastně existenciální zaměření (Yalom 2007).

7.2 Účinné faktory v TK podle Kooymana

Kooyman zformuloval tyto účinné faktory na základě dvacetiletých zkušeností v TK pro drogově závislé. Domnívám se, že tento fakt pozměňuje jejich uplatnění v komunitách s jinou cílovou skupinou. Kalina (2008) ale například tvrdí, že Kooymanovy faktory mají širší platnost, i když vycházejí z TK pro drogově závislé. Osobně nejsem úplným odpůrcem tohoto názoru, ale také se s ním zcela neshoduji. Při popisu jednotlivých faktorů tak na platnost faktorů pro jinou cílovou skupinu (zde pro nemocné schizofrenní) narážím.

1. Terapeutická komunita jako náhradní rodina

TK slouží jako náhradní rodina a poskytuje klientovi možnost dospět v bezpečném prostředí (Kooyman 1992).

Kooyman se často odvolává na Yalomův faktor korektivní rekapitulace primární rodiny, který se objevuje ve skupinové psychoterapii (Kalina, 2008). Jestliže se ale v TK skupinová terapie neuskutečňuje, je i tento faktor ve svém významu pozměněn. Nedá se na něj pohlížet ve smyslu psychotherapeutického kontextu, ani jako model „náhradní rodiny“, neboť v TK Mýto se vztahy mezi pacienty podporují a nejsou tak vnímány jako incestní.

2. Sjednocující filosofie

Filosofie TK má být ucelená a srozumitelná, lze vyložit všem tak, aby ji pochopili a podporovali (Kooyman, 1992)

3. Terapeutická struktura

Uspořádání TK má jasnou strukturu, která nabízí bezpečí a jistotu. Pravidla jsou jednoznačná a není jich mnoho, neboť čím více pravidel TK má, tím je menší prostor pro sociální učení. Musí být umožněno dělat chyby (Kalina, 2008).

4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jedince

V TK musí být tato rovnováha neustále udržována. Demokracie znamená delegování moci na skupinu tak, aby jednala a řešila konflikty na základě většiny. Terapie v komunitě je

povinná pro všechny a nemohou se rozhodovat, zda se jí zúčastní či ne. Autonomie jedince je omezená na to, že je součástí skupiny (Kalina, 2008). Domnívám se, že v TK pro duševně nemocné by se měl dát větší prostor pro naladění klientů, kteří se zrovna necítí „dobře“. Proto by se po oznámení tohoto faktu komunitě nemuseli po určitou dobu účastnit aktivit. Samozřejmě za svou neúčast nést i odpovídající důsledky - např. neodpracované rehabilitační hodiny (viz. Kapitola 7.2).

5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce

Učení se děje prostřednictvím sociální interakce. Klient se nemůže v komunitě izolovat. Musí se aktivně podílet na životě komunity a dostávat reflexe na své chování. Klient se učí fungovat v různých sociálních rolích (Kooyman, 1992).

Příliš nerozumím tomu, proč se klienti nemohou ve skupině (i částečně) izolovat. Věta: „*musí se aktivně podílet na životě komunity a získávat reflexe na své chování*“ (Comberton in Kooyman, 2004, s. 33), na mě nepůsobí terapeuticky pro cílovou skupinu jinou, než je drogová závislost. Spíše bych zde použil pojmu „měl“: „*klient by se měl aktivně podílet...*“ Tato formulace nevnucuje, ale doporučuje. Domnívám se, že vychází klientům více vstříc, a tím přispívá k pocitu důvěry a bezpečí.

6. Učení prostřednictvím krizí

Učení v TK je podporováno prožíváním krizových situací. Proces dozrávání je chápán jako série krizí, po jejímž úspěšném zvládnutí dochází ve zrání k přesunu na vyšší úroveň (Kalina, 2008).

7. Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu

Vše, co se děje v TK je terapie. Klienti si připravují jídlo, pracují v různých částech domu a učí se tak zvládat jednotlivé role (Kooyman, 1992).

8. Zodpovědnost klientů za jejich chování

Tento faktor se věnuje výhradně lidem závislým. Už samotná podstata, že lidé se schizofrenií si svou nemoc sami nepřivodili, je důvodem, proč takto nemocný klient nemůže přijmout zodpovědnost za své chování, které v případě závislých vedlo k závislosti. Je ale možné přijímat zodpovědnost za chování nynější i s důsledky nemoci a zároveň se považovat za člověka, který může pomoci ostatním.

9. Zvyšování sebeúcty cestou vlastního přičinění

Sebevědomí klienta roste tak, jak překonává strach ze selhání a odmítnutí. Když klient dále pomáhá druhým, uvědomuje si, že má pro druhé cenu, což opět zvyšuje jeho sebevědomí (Kooyman, 1992).

10. Zvnitřnění pozitivního řebříčku hodnot

Tento faktor lze interpretovat i tak, že může být považován za faktor změny i v TK pro lidi s duševním onemocněním (schizofrenií). Klientovi je nabízen pozitivní hodnotový systém, který klient postupně internalizuje. Učí se být čestný, konfrontovat a kritizovat negativní chování a postoje a chápat problémy spojené s nemocí jako výzvu (Kalina, 2008).

11. Konfrontace

Tento faktor je též situován na klientelu uživatelů drog. Je zaměřený na konfrontaci a upouštění od svých obranných mechanismů. Učí se verbalizovat své vnitřní konflikty s pocity viny a vlastní neschopností. Učí se, že konfrontace není zaměřena na něj, ale na jeho chování.

12. Pozitivní tlak vrstevníků

Stejně jako u předchozího faktoru, je tomu tak i u tohoto. Faktor, že tlak vrstevníků vede k užívání drog, a proto může jiný tlak vrstevníků vest k abstinenci, u schizofreniků neplatí. Tlak na vlastní volbu „nebýt nemocný“ je nereálný, proto takto formulovaný faktor Kooymanem (1992) považuji v TK pro lidi s duševním onemocněním za neúčinný.

13. Učení porozumět svým emocím a vyjadřovat je

V TK Mýto, která je jediná svého druhu v ČR, není do programu zařazena skupinová psychoterapie. Tento faktor pak lze těžko chápat v původním smyslu, kdy se členové skupin povzbuzují k překonání strachu z vyjádření emocí, jak pozitivních, tak negativních (Kooyman, 1992).

14. Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní

Většina toxikomanů má o sobě negativní mínění, častý je postoj typu: „*nemám právo na život*“. Ve skupinách se klienti učí tyto postoje, které mnohdy vznikly již v dětství a pomáhaly tak klientům přežít, měnit na postoje pozitivní. To však trvá dlouho a vyžaduje značné úsilí a práce na sobě (Kooyman, 1992). Je otázkou, jak by se tento faktor dal aplikovat u klientů se schizofrenií. Vzhledem k diametrální odlišnosti vzniku, významu a projevů problémů asi velmi těžko, pravděpodobně by vyžadoval stanovení nového faktoru změny.

15. Zlepšení vztahů s původní rodinou

Tento faktor lze opět pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním těžko posoudit. Jako již několikrát, i zde je výhradně zaměřen na toxikomany. Nerealizuje se rodinná terapie. Nicméně v důsledku pobytu v TK se mohou vztahy zlepšovat, otázkou ale je, co je toho příčinou. Zda získanou soběstačností, sdílením? Nebo něčím úplně jiným? Na tuto otázku zde bohužel odpovědět nemohu.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

V druhé části své práce se budu věnovat rozpracování cílů a motivů, jež mě vedly k volbě uskutečnit výzkumnou sondu právě v této TK, a právě za použití níže popsaných metod. Uvedu i důvod k volbě použití kvalitativního výzkumu formou ohniskové skupiny a rizika s výzkumem spojená. Vycházím zde z teoretických základů kvalitativního výzkumu obsažených u Hendla (2008), Miovského (2006), Morgana (2001) a z odborné literatury, která se k danému tématu vyskytuje a na níž odkazuji v předcházejícím textu.

1 Teoretická východiska

První otázka, kterou je nutné si položit je prostá: „jaký je důvod realizovat právě takto zaměřený výzkum?“ A dále: „co nového přinese? Čeho chci dosáhnout? Bude takto nastavený výzkum platný v čase? A k čemu to vůbec je? Co mě na tom tolik láká?“ To vše jsou otázky, jež si před samotnou výzkumnou sondou pokládám. Otázek je mnoho a je proto vhodné si na některé postupně odpovědět a definovat si tak výzkumný problém.

Důvod k takto zaměřenému výzkumu se odráží v mé osobní zkušenosti s terapeutickou komunitou Mýto, v níž je výzkum prováděn. Ta je jedinou TK v České republice, která pracuje mimo psychiatrickou léčebnu s lidmi s duševním onemocněním, výhradně se schizofrenií. Už tato „jedinečnost“ je zajímavá a stojí mi za větší zaměřením. Dalším specifikem, které TK Mýto odlišuje od ostatních TK, je fakt, že se v terapeutické komunitě nepoužívá k léčbě skupinová psychoterapie. Co je tedy pro klienty této TK natolik přínosné, že v komunitě setrvávají a snad docházejí naplnění svých cílů? Nakolik se odráží účinné faktory skupinové psychoterapie i ve společenství, kde není aplikována? Co je pro nemocné to „nejvýživnější“, to, co jim v komunitním životě nejvíce pomáhá? Z těchto mnoha otázek lze definovat tento výzkumný cíl:

Cílem výzkumné sondy je zjistit, co a v jaké oblasti klientům dle jejich názoru ze života v komunitě pomáhá. Z obsahu jejich výpovědí, jež budou porovnány s obsahem výpovědí na stejné otázky terapeutického týmu, chci konfrontací s literárními údaji o "účinných činitelích změny v psychoterapii a v TK" vyvodit závěry obsahové (co vypovědí pacienti) a pokusit se vyvodit závěry i metodické (jak se metoda ohniskově cílené diskuse s následnou analýzou výpovědí k takovému zkoumání hodí).

2 Popis metodologického rámce a metod

2.1 Obecný metodologický rámec

Za hlavní myšlenku plánované výzkumné sondy považuji zájem poodkrýt oblast málo popsaného modelu TK pro lidi s duševním onemocněním a nahlédnout tak do jejího léčebného působení na klienty jak z pohledu jich samých, tak z pohledu terapeutického personálu.

Východiska pro tuto výzkumnou sondu jsou obsažena v dlouhodobém osobním zájmu o problematiku TK, dále nezmapovaností či „novostí“ modelu TK pro lidi nemocné schizofrenií a nakonec i osobní zkušeností s TK Mýto v rámci odborné stáže.

Důvod volby kvalitativního výzkumu souvisí s pojetím kvantitativního výzkumu jako jednotné, na přírodovědeckých základech položené vědě. Již s pojetím reality u pozitivistického paradigmatu ve vědě nesouhlasím. Realita dle mě není jasně dána a není ji možné rozdělit na části a ty poté zkoumat. Přikláním se k fenomenologickému výkladu, kdy je realita mnohotvárná a konstruovaná představou o ní. Dále mi přijde nemožné, aby poznávající subjekt byl zcela nezávislý na poznávaném předmětu. Jak je to možné zaručit? Jak se odpoutat od vlastní svébytnosti a zrušit tak interaktivní proces poznávání? Stejně tak nepředpokládám při výkladu světa jasně ohraničené příčiny, které jsou odlišitelné od následků (Miovský, 2006).

Důvodem volby kvalitativní výzkumné sondy mi je také příležitost spíše vyhledávat a analyzovat jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek. Možnost nalézt nové závěry, než ty, které by mě před realizací výzkumné sondy napadly, mě láká více, nežli sestavovat ze získaných dat skládanku, jejíž konečný tvar již předem znám.

Ve výzkumné sondě vycházím z literárních pramenů o kvalitativním výzkumu u Hendla (2008), Miovského (2006) a Morgana (2001).

2.2 Výzkumný soubor

Při sestavování výzkumného vzorku jsem použil metodu prostého záměrného výběru. Výzkumný soubor tvoří někteří klienti TK Mýto a část jejich terapeutů. Toto je dáno především geografickým omezením- jediná komunita svého druhu v Česku. Ale i omezením situačním- kdy je prakticky nemožné v čase, který je na výzkum vymezen, potkat v TK zároveň všechny její klienty, tak i terapeuty.

Výzkumný vzorek je sestaven ze čtyř klientů TK. Je homogenní z pohledu cílové skupiny, smíšený z pohledu věku, pohlaví a především délce pobytu. Domnívám se, že věk v této výzkumné sondě není relevantní (nehraje roli při zodpovídání výzkumných otázek). Vzorek tvoří jedna žena- Monika (11 měsíců v TK) a tři muži Karel (3 měsíce v TK), Vašek (1 měsíc v TK) a Petr (18 měsíců v TK). Dále ze tří terapeutů komunity.

Celý vzorek má základní specifikum, a to že jej tvoří lidé, kteří spolu po určitou dobu společně žijí. Také, že je pojí společná nemoc, či zájem o tuto problematiku (terapeuti).

2.3 Metody zpracování a analýzy dat

Pro získávání dat použiji metodu **ohniskové skupiny**, čerpám přitom z Morganovy monografie (2001). Prostřednictvím této metody mohu získat kvalitativní data za využití skupinové interakce. Tuto metodu jsem si zvolil, neboť umožňuje od participantů zjistit nejenom, co si o tématu myslí, ale i jak o tématu přemýšlejí a proč právě takto. Jako důležité vnímám i poučení se ze zkušeností, které by měly následkem volné debaty na téma mnou určené vyplynout. Participanté jsou kompetentní na tvorbě výzkumné sondy tím, že mohou přinést nové poznatky, které – jakožto výzkumník nemusím zohlednit.

Badatel v této metodě určuje zaměření diskuze- ohnisko, které se odvíjí od výzkumných otázek (Miovský, 2006). Ohnisko je definováno volněji a tvoří je spíše jakési tematické okruhy, o kterých účastníci diskutují.

Ze třech typů vedení ohniskových skupin- strukturované, málo strukturované a „trychtýřové“, jsem si zvolil tu poslední. Trychtýřová strategie začíná volně pojatou diskuzí a postupně přechází ve strukturovanější diskuzi o daných otázkách. Tento kompromis umožňuje dovědět se něco o vlastních perspektivách účastníků a v pozdější fázi také zjistit reakce na badatelovy specifické předměty zájmu (Morgan, 2001).

Příprava ohniskové skupiny zahrnuje správnou volbu času (kdy se skupina uskuteční) a místa (v jakém prostředí- soukromí, pohodlí). Dále je užitečné si předem naplánovat diskusní otázky do průvodce. Ten dodává diskuzi strukturu, která je cenná pro tok skupinové interakce a pro následnou analýzu získaných dat. Dobře sestavený průvodce je zdrojem udržení rovnováhy mezi předmětem zájmu a diskuzí ve skupině a může vyvolat diskuzi, jež se řídí sama.

Organizaci průvodce jsem uspořádal do souboru čtyř volně a otevřeně formulovaných diskuzních témat.

Vedení ohniskové skupiny Morgan (2001) dělí do čtyř fází. V první – zahájení, se obecně představí předmět zájmu a řeknou se pravidla. V druhé - start diskuze, se pokládají otázky „lámoucí ledy“ a otázky „startující diskuzi“. Cílem této fáze je dát každému účastníkovi prostor pro smysluplnou reakci. V třetí fázi – pokračování, se otevírá první diskusní téma. Mezi tématy je doporučeno flexibilně přecházet, a to dle aktuálního nastavení skupiny, a nedržet se tak striktně struktury průvodce. Do poslední fáze je vhodné zasadit „konečné kolečko“, ve kterém mají respondenti odpovědět na otázku, co považovali za zajímavé a co za důležité.

Pro **analýzu dat** jsem si zvolil metodu **zakotvené teorie** autorů Glasera a Strausse. Výhodou tohoto konceptu je pro moji práci bezesporu její plastičnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel upravovat dle aktuálních potřeb a předmětu výzkumu. Díky tomu je zakotvená teorie živým a tvůrčím výzkumným nástrojem.

U zakotvené teorie nezačínáme definováním teorie, kterou následně ověřujeme. Začíná se zkoumanou oblastí a nechává se prostor pro „vynoření“ se toho, co je v dané oblasti významné (Mioviský, 2006).

Tři základní prvky zakotvené teorie jsou **koncepty**- teoretické pojmy. Porovnáváním událostí a pojmenováváním podobných událostí stejným označením shromažďujeme základní jednotky teorie. Druhým prvkem teorie jsou **kategorie**, které představují „základní kameny“ vznikající teorie. Jsou prostředkem, pomocí něhož se teorie může integrovat. Seskupování konceptů tak vytváří kategorie. Třetím prvkem zakotvené teorie jsou **propozice**, které formulují zobecnělé vztahy mezi kategorií a koncepty a mezi kategoriemi (Hendl, 2008).

Návrh teorie zahrnuje formulaci kategorií a vztahů mezi nimi (propozic). Během tohoto procesu se zaznamenávají pomocí poznámek dojmy, asociace, nápady, otázky a tím se doplňují a vysvětlují nalezené kódy (Hendl, 2008).

Ve své práci se budu držet základního popisu metody zakotvené teorie u Mioviského (2006). A To tak, že nejprve identifikuji z dat významové jednotky a určím klíčové pojmy. Z nich následnou analýzou vytvořím návrh kategorií a subkategorií. Nakonec se pokusím interpretovat

vztahy mezi subkategoriemi a kategoriemi a mezi kategoriemi navzájem. V kapitole diskuze se zaměřím na uvádění poznatků do souvislostí se současnou literaturou.

2.4 Metody kontroly validity, etické problémy a rizika výzkumné sondy

Z povahy rozsahu a koncepce bakalářské práce jsem si nemohl dovolit lépe rozpracovat a použít mnohé techniky kontroly validity jak při získávání dat, povahy dat, role výzkumníka, výběru účastníků či týkající se analýzy a interpretace.

Z časových důvodů jsem neuskutečnil individuální rozhovory s klienty a spolehl se na získání dat ze zdrojů ohniskových skupin (s klienty a terapeuti). Validitu tak možná mohou zajistit data ze dvou různých zdrojů v porovnání s odbornou literaturou.

Sběr dat i analýzy jsem prováděl sám, nebylo technicky možné do nich zapojit další osoby, ochudil jsem se tak o možnost přínosu z hlediska zpracovávání údajů a porovnávání výsledků.

Rizikem ztráty věrohodnosti výzkumu je generalizace témat, kdy se témata z dat hodnotí příliš široce, nebo se některé opomenou.

Nesporným rizikem je nezkušenost výzkumníka, navíc, je-li to moje první kvalitativní sonda. Nezkušenost s sebou nese riziko nedostatečného reflektování předpojatosti, autocenzury, vlastních postojů. Nezkušenost se může pojit s etickým problémem, a to s dostatečnou necitlivostí k vedení ohniskové skupiny. Volba a položení téma může klienty zavést na místa, která jim mohou ublížit.

3 Analýza výsledku výzkumu

Realizace výzkumné sondy proběhla v TK Mýto. První část se čtyřmi klienty se uskutečnila v klubové místnosti, kde bylo zabezpečeno soukromí a příjemné prostředí. Čas uskutečnění ohniskové skupiny byl nastaven na dobu po odpolední komunitě, kdy měli všichni klienti splněné pracovní požadavky a měli tak osobní volno. Diskuze proběhla na základě volby klientů u „jídelního stolu“, kam došli po „kuřácké pauze“ s čaji a kafem. Druhá část, s třemi terapeuty byla realizována v čase střídání terapeuta ve večerních hodinách v kanceláři komunity. Obě diskuze trvaly 90minut.

Důvod výzkumu, jeho cíle a moje představení byly popsány na odpolední komunitě a klienti se v ní vyjadřovali, zda s realizací diskuze za daných podmínek souhlasí (audio nahrávka, použití údajů). Cíl výzkumu jsem představil obecně, ale zcela transparentně: „zajímá mě, jaký je tady život, jaké máte zkušenosti. To, co z diskuze vyplyne, je předmětem mého zájmu a je zcela na Vás.“

V **první fázi analýzy dat** z audio nahrávek jsem identifikoval **významové jednotky**. Uvádím ukázkou pasáže textu plné transkripce ohniskové skupiny, ve kterých jsou podtržené klíčové pojmy (T: tazatel, V: Vašek):

T: A jak to máte Vy? Nějaká Vaše zkušenost, jaký to tady pro Vás je?

V: Mě hlavně pomohlo, že, že jsem jako mezi mladejma lidmama. Což je jako, docela takovej hlavní důvod, proč jsem sem chtěl hlavně jít, protože špatně se seznamuju.

T: ..hm, hm...tak jsem z toho slyšel nějaký vztahy...? Bejt mezi mladejma lidma...?

V: Hm...to se mi docela, tak nák, docela mě to hrozně těší, že to takhle, takhle je ty jo. Protože by mohlo bejt někde jinde hůř, ty jo...

Z identifikovaných významových jednotek obsažených v audio **nahrávce s klienty**, jsem vypsals **tyto klíčové pojmy**:

- V komunitě je režim, který se musí dodržovat a klienti „to“ musí překousnout.
- Vztahy jsou dobré, i když je to někdy těžké.
- Pro Karla je budování návyků jakýsi motor, 4-5 h dělat a nenutit se, který jej žene dál- to je i jeho dlouhodobý cíl. S jeho plněním je spokojen
- Dlouhodobý cíl je individuální

- Vaškovi se nedaří/ nechce k cíli směřovat, ale hodnotí kladně, že si může zkusit s podporou terapeutů vůbec „plánovat“, i když to nemusí vyjít.
- Klienti se shodují, že je posouvá dál to, že jsou zde lidi, kteří prošli podobnou zkušeností
- Také na tom, že jsou v kolektivu mladých lidí.
- I když Vaškovi z počátku jeho pobytu nešlo dodržovat režim, tak jej nyní naplňuje fakt, že může něčím komunitě přispět (je blíže lidem).

Stejný postup jsem zvolil u **rozhovoru s terapeuty** komunity. Identifikací významových jednotek tak vznikly následující **klíčové pojmy**:

- Učit se péči o druhé.
- Získávat ztracené pracovní návyky.
- Poznávat nové „věci“.
- Mezilidský kontakt.
- Sdílení zkušeností, práce dávám i беру
- Příklady táhnou- externí terapeuti z řad bývalých klientů.
- Bez pravidel nelze cítit duch společenství
- Učit se říkat o pomoc a vyřikat si, co je štve.

Na základě výše uvedených významových jednotek jsem vytvořil návrh subkategorií a kategorií (viz tabulka 1).

| Hlavní kategorie | Subkategorie |
|--------------------------|--|
| Citová blízkost | Sdílení zkušenosti nemoci |
| | Být s mladými lidmi |
| Řád, který pomáhá | Režim dne je dán - prací i volnem |
| | Pravidla komunity se dodržují |
| Osobní sycení | Motor cesty vpřed je individuální |
| | Pracovní a sociální návyky – možná cesta z kruhu |

Tabulka 1 Návrh kategorií a subkategorií

Interpretace významu subkategorií a uspořádání do vazeb:

Podívejme se nyní blíže na jednotlivé subkategorie, jejich hypotetické vztahy k sobě navzájem a ke kategoriím.

Sdílení zkušenosti nemoci je subkategorie, která pojí všechny klienty dohromady a nelze přenést na někoho, kdo podobnou zkušeností neprošel. Petr k tomu více: „...*takže vlastně když si jako vyprávíme, co jsme měli za to, za problémy, nebo takhle, tak se to liší případ od případu, ale tak nějak si rozumíme. Když třeba, když třeba člověku se najednou udělá z ničeho nic špatně, nebo se mu do něčeho nechce, nebo tak, tak vostatní nemaj nějaký blbý řeči, nebo to, to ale dokážou to pochopit a vzít to, protože zdravěj člověk si tím prostě neprošel a možná by to nedokázal pochopit různý tadyty věci. To je taky jedna z věcí, co nás tady tak nějak spojuje.*“ Terapeut uvedl následující: „*Důležitý je taky sdílení zkušeností, jak dávám ostatním, tak si i беру.*“ A podtrhuje: „*Stejně jako externí terapeuti... prostě příklady táhnou.*“ Dodám, že část externích terapeutů tvoří bývalí klienti. Mít s kým sdílet svoje zážitky a pocity, to je motiv, který mocně spojuje. Najednou nejsem sám, mohu mluvit v podobné vlně a druhý mne alespoň částečně chápe. I když má každý klient jiné zkušenosti zasazené do jiného kontextu, tak ta „trocha“ v nich obsažena, která se dá sdílet s ostatními je natolik intenzivní, že se dá považovat za terapeutizující činitel.

Další subkategorii kategorie s názvem „**citová blízkost**“ jsem pojmenoval „být s mladými lidmi.“ Její základní premisou je, že nabízí vytrhnutí ze samoty všedního dne. Totiž už jen být s mladými lidmi a ne jen uzamčen sám v sobě může být dostačující k lámání ledů. Navíc, pokud je vytvořeno prostředí, ve kterém je bytí s lidmi základní a zásadní podmínkou. Tato subkategorie se prolíná s předchozí v tom, že „to“ bytí je se spoluklienty. Zároveň se ale liší, a to tím, že za bytí s lidmi se dá považovat i čas trávený s terapeuti, stážisty, či na trzích při prodeji výrobků komunity. Také má vazby na veškeré další subkategorie, protože bez bytí s lidmi v komunitě by logicky žádné další nebyly možné. Vašek se o této subkategorii zmiňuje následovně: „*Mě hlavně pomohlo, že, že jsem jako mezi mladejma lidmama. Což je jako, docela takovej hlavní důvod, proč jsem sem chtěl hlavně jít, protože špatně se seznamuju a...že doma to polehávání je docela na nic.*“ Bytí s lidmi v sobě nese odkaz komunikace, řešení, bavení se i konfrontace. To vše je důležité, neboť slovy terapeutky: „*Bytím s lidmi vznikají situace, které se v uměle vytvořeném prostředí TK, řeší přirozeně.*“ I negativní konfrontace s druhým člověkem je stále formou komunikace. Navíc předpokládám, že v chráněném prostředí TK, budou konfrontace efektivní a klienti se z nich leccos naučí, jak dodává Monika: „...*a jinak ta dívčina...ta....řekněmě... a tam jsem měla nepříjemnosti nejenom já s ní, že mě vybrala noční stolek...ono je to...já sem většinou prostě mlčela a nic jsem neříkala. Ale vim, že tady byla Tereza, a te to udělala třikrát a ona jí*

řekla at toho nechá, že si vydupe, že poletí. Ale ona to udělala aj po čtvrté a Tereza jako docela všechny... prostě řekla, že se jí to nelíbí a pak se zjistilo, že aj mě se to stalo... a ta dívčina prostě šla. Jsem ráda, že se to řešilo, protože já jsem jí do šuplíku taky nehrabala.“

Režim dne je subkategorii „řádu, který pomáhá“. Režim dne je struktura, která určuje kvalitu chodu TK. Bez režimu a jeho dodržování by se nemohly realizovat pracovní a sociální rehabilitace, tzn. nebylo by možné uskutečnit základní princip TK, a to znovuzískání pracovních a sociálních dovedností. Terapeutka její potenciál vystihuje ve výroku: „*co klienti v nemoci ztratí, to si zde lze osahat*“, a jak jinak než skrze denní režim a aktivity v něm. Denní režim má své opodstatnění, také ale na klienty klade nároky. Ti jej reflektují a v diskuzi se o něm často zmiňují, jako například Petr, který mluví o tom, co ho baví a štve: „*Jsem nerad, když mě někdo do něčeho nutí, ale tady prostě je nastavenej určitej režim, kterej se musí dodržovat. Takže člověk to musí jako překousnout a jít do toho a udělat si vlastně to co má- prostě udělat, jinak by tady vlastně nemoh být, takže je to trošku překonávání, no.*“ Nebo dále Karel: „*co nemusim...mě nic nenapadá...ranní vstávání nemusim, a ten režim mi tady mi taky jako...nějak jako...i když je to prostě takový na tý hraně, že se to dá zvládat, ty jo, a tak nějak s tím taky zápasim...abych tady mohl bejt, no.*“ Nutno dodat, že oba klienti nejsou v komunitě dlouho. V působení režimu vnímám dvě síly- první nabízí cestu/ možnost jak být více svobodný, ale za cenu respektování a omezování toho, co vnímám jako „dělat si co chci“. Pokud tento rozpor klienti překonají, mohou v sobě zakusit pocit „smyslu/ hodnoty“ a tím mít větší chuť na sobě makat dále. Působení režimu, těchto jeho dvou sil a zažití „smyslu“ je dobře znatelný ve slovech Karla: „*Já měl potíž jako na začátku, když sem sem přijel. A člověk z toho měl pocit sakra, dyť jsem se přijel jakoby fak nějak rehabilitovat, ale stejně jsem do taoho zaplul, že jsem prostě musel ten režim nějak dodržovat ...ale vlastně teď, když to pozoruju, že vlastně už mám měsíc za sebou a jsem jim o něco blíž. Že už dokážu něco uvařit, ani mi není tolik zle, že už mě to i něčim naplnilo tady...i když to není úplně, co jsem chtěl, ale je mi zatím příjemně jako...“*

Pravidla komunity se dodržují, nebo by se měly, pokud chce klient v komunitě zůstat. Zdá se mi to podobné, jako v běžném životě. S tím rozdílem, že ne všechny pravidla v běžném životě za přínosné, jak je tomu v komunitě. Ostatně nejen já: „*třeba sme se bavili konkrétně o těch pravidlech, tak vono by se řeklo, že jsme svázaný těma pravidlami, ale já těma pravidlami třeba vůbec svázanej nejsem, protože mi to přijde normální ty pravidla, prostě tak by se člověk měl chovat. A když by byla třeba nějaká konfrontace, tak vod toho sou ty pravidla, aby se měl člověk vo co opřít*“, řekl Vašek. Terapeutka mluví o nutnosti pravidel tímto způsobem: „*Pravidla- bez nich*

nejde cejtít duch společenství.“ Pravděpodobně tím chtěla říci, že respektováním pravidel se všichni ocitají na stejné lodi za stejných nástupních podmínek, jen s jinou délkou plavby.

Poslední kategorie obsahuje dvě podkategorie a jmenuje se „osobní sycení“. První podkategorie je o tom, že **motor cesty vpřed je individuální**. Otázkou je, zda a jak moc je motor „nastartován“. Z diskuze není plně identifikovatelný zdroj motivovanosti u jednotlivých klientů. Víím, že se týká např. získávání pracovních návyků, smysluplného trávení volného času, osamostatnění se, sociálního kontaktu. Je oblastí, které by se mělo v průběhu pobytu v komunitě dojit. I když je u každého dlouhodobý cíl jiný, je založen na stejném principu- nalézt a stanovit reálný cíl, který se dosáhne, nebo přiblíží. Někteří klienti své motory drží nastartovány, jiným motory zhasnou. Myslím si ale, že už samotný fakt, že si klienti mohou (s podporou terapeutů) nalézt „zdroj“ pro nastartování jinde a „nevzdat to“ může být nabíjející. Opět je tu potřeba překonávání se, tento klíčový pojem se objevuje ve více subkategoriích. Rozhodl jsem se ale jej nezařadit jako samostatnou kategorii, neboť by si (jako více pojmů), zasloužila hlubšího rozboru. Petr se o svých cestách zmiňuje následovně: *„hm..já jsem to měl dost často tak, že jsem si dával něco jako za úkol, ale potom se mi do toho jako nechtělo no. Vždycky se to dalo nějak odfláknout. Ale ty jo, sem rád jako, že se to řeší, že si to můžu plánovat, že si to můžu i jenom zkusit právě. I když to nemusí vyjít, tak to prostě řeším. Prostě když jsem doma, tak to neřeším... zaobírám se jenom tím jak mi je...furt se to točí dokola...jako kdyby z toho nebyla cesta ven. A myslím si, že když se to tady tak nějak řeší s těma terapeutama, tak to prostě nějak jde...s tou podporou.*“ Nejsm si ale jist, zda si všichni klienti během svého pobytu v TK najdou svůj cíl, ke kterému budou mít chuť dojit...na otázku, zda to tak opravdu je, nedala tato výzkumná sonda mnoho prostoru.

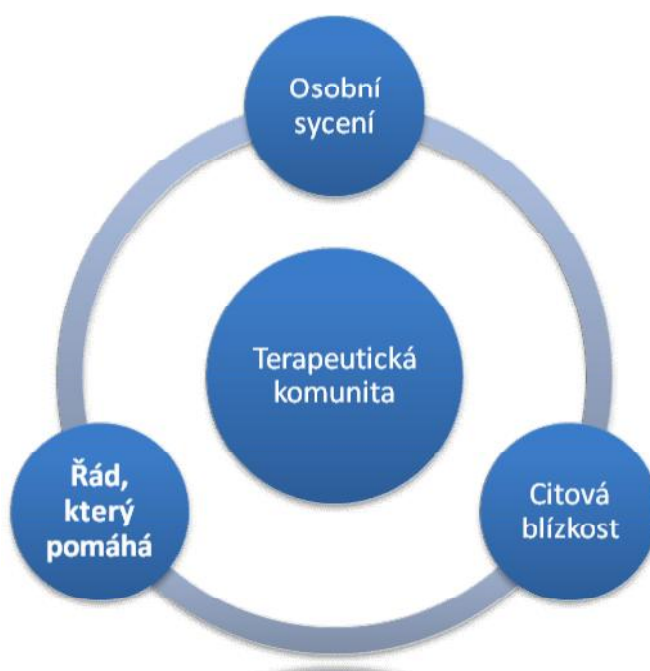
Získávání pracovních a sociálních návyků je poslední subkategorií a taktéž pole působnosti, v níž mohou klienti dosahovat svých cílů. Ty se realizují v denním režimu pracovní a sociální rehabilitací. Tato subkategorie je více popisná a zmiňují se o ni především terapeuti. Je těž součástí filosofie TK Mýto. Každý osobní cíl je možno dojit v rámci denního programu, který je v TK nabízen. Skoro by se dalo říci, že je to osobní sycení dané zvenčí, ale pro život mimo komunitu naprosto potřebné. Terapeuti hovoří o možnosti naučit se novým věcem či péči o druhé. Také uvádějí možnost získat schopnost hospodařit s penězi, či pracovat na mezilidských kontaktech. Jak popisoval Petr výše, v komunitě je možnost jak a s kým „to“ zkusit. Akorát to „to“ je individuální a nelze jej více konkretizovat. Možná tak, že většina činností TK, je zaměřena na řešení s okolím a v okolní, nikoliv na řešení uvnitř sebe...

Interpretace významu kategorií:

Výše jsem nastínil některé vazby subkategorií ke kategoriím a mezi sebou. Nyní v krátkosti naznačím vztahy mezi jednotlivými kategoriemi.

Dle provedeného kódování jsem dospěl k závěru, že každá kategorie musí být interpretována pouze z kategorie další. Žádná totiž v nastaveném systému TK, nemůže fungovat samostatně. Každá též ovlivňuje další a ve výsledku se podílí na kvalitě a efektivnosti fungování komunity.

Diagramem by se vztahy mohly vyjádřit následovně:



Terapeutická komunita, jakožto zastřešující prostor (filosoficky, materiálně, metodologicky) umožňuje realizaci dalších kategorií, bez kterých by komunita nebyla komunitou. Citová blízkost se děje v kontextu společenství lidí, v něm je nastaven řád, který pomáhá hledat osobní sycení klientů, jež motivuje k práci na sobě. Tyto kategorie ale zároveň přesahují rámec terapeutické komunity a vystupují z něj ven, k lidem. Je možné si představit spirálu, která se dotýká lidí v komunitě a posléze i lidí mimo ní.

4 Diskuze

V této kapitole se zaměřím na uvedení základních poznatků do kontextu současné literatury. Také se pokusím o získaných poznatcích vyjádřit osobní dojmy.

Poznatky o tom, co klientům v TK Mýto pomáhá se v mnoha pohledech shodují s účinnými faktory jak skupinové psychoterapie u Yaloma a Kratochvíla, tak s faktory terapeutických komunit u Kooymana. A to i přesto, že se v představené komunitě nezaměřují na skupinovou psychoterapii a samotný režim je pojat poměrně volněji, než v komunitách pro drogově závislé (např. se nezakazuje navazovat partnerské vztahy). Yalomův faktor „univerzalita“ se dá nalézt v kategorii „citová blízkost“, stejně jako další faktory jako, předávání informací o tom, jak „to“ v komunitě chodí či altruismus, se kterým se klienti učí zacházet. Schizofrenie emočně oplošťuje, vytrhává ze sociálního kontaktu, uzavírá člověka ve svém chaotickém světě. Možnost sdílet citovou i prostorovou blízkost proto vnímám velice přínosně. Sdílení kolektivu se projevuje na jejich stmelnosti, což je v podstatě Yalomův faktor skupinové soudržnosti. Je ale otázkou, na kterou nemám odpověď, zda je tato kategorie platná pro všechny klienty a zda by tento potenciál „citové“ blízkosti realizace skupinové psychoterapie nezvýšil. Výzkumná sonda, která se nemá opřít o porovnání s jinou komunitou, ve které se skupinová psychoterapie realizuje, dle mého názoru snižuje její validitu.

Všechny interpretace účinných faktorů u zmiňovaných autorů, zde ale nejsou vykládány z pohledu průběhu skupinových sezení.

Obecně by se dala vyvodit hypotéza, že v TK, ve které není aplikována skupinová terapie platí účinné faktory uváděné autory (Kratochvíl, 1995; Yalom, 2007; Kooyman 1992), jen v té míře, do jaké se uvedené faktory mohou realizovat v běžném chodu komunity. Faktory jako jsou např. korektivní rekapitulace primární rodiny, korektivní emoční zkušenost či odreagování jsou bez působení skupiny ve skupinové terapii neplatné. Mnohé z dalších by se měly vykládat z jiného kontextu. Z kontextu, který není zaměřen na „*práci na sobě- vyléčení*“, ale na „*práci na sobě- snadnější bytí s okolím*“. Neznamená to ale, že se v důsledku působení činností zaměřených primárně na samostatnost a soběstačnost nemusí zlepšit celkový průběh nemoci. To je možná první námět na pokračování a prohlubování zkoumání této výzkumem „*nezmapované*“ oblasti.

Řád a jeho význam vnímám velice silně. Lidé nemocní schizofrenií mnohdy vypadávají ze sociálních vazeb a kontaktu s okolním světem, ztrácejí se tak ve změti neseřazenosti vnitřního života (Jarolímeck, 2006). Ustavování „*řádu všedního dne*“, i ze slov klientů, pomáhá. Je možné

v něm nalézt Yalomovy faktory interpersonálního učení a rozvoje sociálních dovedností, které se běžnou činností v TK uskutečňují. Ale opět ne k vyléčení, spíše k zařazení se do běžného života. Se schizofrenií je spjata i porucha vůle, klienti často nejsou s to dělat jakékoliv činnosti. Povinnosti, které z dodržování řádu vyplývají, spolu s podporou terapeutů, mohou pomoci nabýt důvěry ve své schopnosti a dovednosti a tím i větší důvěry k přibližování se běžnému způsobu života.

Odvozuji proto, že TK Mýto nepůsobí primárně terapeuticky na změnu osobnosti, dosahování náhledu, odžití traumat a následně na změnu v interpersonálních vztazích či k adaptivnějšímu chování. Ne. Ona působí obráceně, změnou návyků a životního rytmu v kolektivu mladých lidí napomáhá tomu, že se může pozitivně měnit vztah k lidem i k sobě samému. Primárně se nezaobírá sebou, ale zaměřit se na venek- na práci, os cíle, kterých se dosahuje činnostmi v TK. Je ale otázkou dalšího, již hlubšího výzkumu zjistit, jakou platnost terapeutizující působení této TK má i v době po opuštění komunity.

Kategorie osobní sycení by se dala sama o sobě uvažovat i jako nespecifický účinný faktor. Faktor, který jistě působí, ale jeho popsání není možné, neboť je výsostně individuální. Jeho bližšímu zkoumání nenahrává fakt, že klientům dělá potíž popsat vnitřní svět takovou formou, která by byla uchopitelná. Informace z ohniskové skupiny byly velice popisné, vysvětlující. Klienti se často odkláněli osobní zkušenosti ke zkušenosti někoho jiného. Ano, je možné, že to je způsobené mojí nezkušeností na poli výzkumném. Ale je také možné, že prázdnota a oploštělost se projevuje i na předávání zkušeností formou, kterou badatel potřebuje.

Tato sonda si ale nekladla za cíl mít výstupy, které budou zcela platné. Jsem si vědom metodologických nedostatků jednak v přípravě, samotném sběru dat, tak i v následné analýze a interpretaci získaných informací. Taktéž by bylo třeba více do hloubky prozkoumat terén kontextu komunity a klientů samotných.

Použitá metoda sběru se jeví jako vhodnější, než kvantitativní metody. Umožňuje totiž vidět respondenty v interakci na předkládaná témata. Bylo by ale vhodnější jí propojit s dalšími technikami. Zajímavé by bylo klientům předem rozdat dotazníky a posléze s nimi vést ohniskovou skupinu, nebo realizovat ohniskovou skupinu a po její analýze uskutečnit osobní rozhovory.

Sonda zároveň nabídla „jemné“ poodhalení zatím nezkoumané oblasti TK pro duševně nemocné, navíc kvalitativní metodou ohniskové skupiny. Pro další výzkum by proto bylo vhodné vyzkoušet i metodologie další. Výzkumný cíl by se mohl klidně zaměřit na prozkoumání vhodnosti aplikace jednotlivých metod u této cílové skupiny.

Závěr

V této práci jsem se čtenáři pokusil přiblížit svět terapeutických komunit. Konkrétněji svět zatím jediné terapeutické komunity pro lidi s duševním onemocněním (schizofrenií) v Česku. Zajímalo mě, jak (čím) a kde (v jaké oblasti) působí terapeutická komunita léčebně na klienty. Postupovat jsem směrem od obecného ke konkrétnímu a konkrétní pak více rozpracoval.

K tomu, abych se této otázce mohl hlouběji věnovat, bylo nejdříve zapotřebí obecně definovat duševní onemocnění. To je vážné onemocnění, které je spolehlivě rozpoznatelné jakožto jasně definovaný soubor znaků. Tři hlavní psychiatrické poruchy jsou deprese, bipolární porucha a schizofrenie.

Na vznik schizofrenie je možné nahlížet z pohledu biologického (dědičné vlivy) a psychosociálního (situační vlivy). Její četnost je na celém světě stejná, a to 0,2-1 % populace. Může vzniknout v dětství, stáří, ale nejčastěji vzniká v adolescenci. Příznaky schizofrenie jsou rozmanité a zahrnují poruchy vnímání, myšlení, vůle a afektivity. Pro nemoc jsou charakteristické bludy a halucinace. Zjevným a závažným důsledkem je sociální izolace. Nejčastější formy schizofrenie jsou: paranoidní, hebefrenií a katatonii. Dospěl jsem k závěru, že není možné v daném rozsahu normostran této práce schizofrenii přiblížit více a hlavně z vícera stran.

Oproti péči ústavní, jež pomáhá pacientům v prostředí vyděleném z jejich běžného života, pomáhá klientům péče komunitní, v prostředí co nejvíce podobnému tomu jejich běžnému. Práce s klientem v jeho normálním prostředí a pohled na něj, coby na partnera při procesu léčby, vidím jako základní principy komunitní péče. Péče o duševně nemocné zahrnuje sociální služby (psycho) terapeutické, edukační, řešící bytové otázky, dále pomoc při návratu do pracovního procesu či podporu v dosahování soběstačnosti a samostatnosti. Vždy s individuálně nastavenou mírou podpory odborníků. Jedním typem sociální služby je terapeutická komunita.

Terapeutické komunity realizují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby drogově závislé nebo pro osoby s psychickou poruchou se zájmem o začlenění do běžného života. Na TK je možné také nahlížet jako zvláštní formu skupinové psychoterapie a její historické kořeny sahají do 2. světové války. Teorii TK je několik a dají se stručně shrnout do formulace: „*zrušením tradiční autoritativní organizace (psychiatrických léčeben) přestávají být pacienti pasivními příjemci a do léčby aktivně vstupují.*“

TK Mýto je resocializační pobytové zařízení a její služby jsou určeny mladým lidem s duševní nemocí, převážně schizofrenií po dobu až dvou let. Společné prostory může využívat až

12 žen a mužů. Ti spolu s týmem terapeutů- rehabilitačních pracovníků tvoří komunitu, společenství, které umožňuje učit se samostatnosti, komunikaci a pracovním návykům v chráněném prostředí.

Co působí terapeuticky v TK pro duševně nemocné je těžké definovat. Účinné faktory pro tento typ komunity nebyly dosud popsány. Předpokládám, že přes teoretickou rozdílnost mnoha TK, obsahují všechny společné jádro účinných faktorů, mají totiž shodný pohled na život. Pojetí TK jako zvláštní formy skupinové psychoterapie umožňuje vyvodit závěry, že faktory, jimž se připisuje účinek ve skupinové psychoterapii nacházejí své místo i v TK. Dají se shrnout takto: 1. členství, soudržnost, vzájemná podpora a pomoc, 2. sebeprojevení, katarze 3. interpersonální učení 4. získávání nových informací, nácvik nového chování, socializace 5. existenciální faktory.

V praktické části jsem aplikovat kvalitativní výzkumnou metodologii na dosud výzkumně nedotknutou oblast TK pro lidi s duševním onemocněním (schizofrenií). Vyzkoušení kvalitativní metodologie v neprozkoumané oblasti je novým přínosem této práce.

Podařilo se mi zrealizovat kvalitativní metodu ohniskové skupiny se čtyřmi klienty a následně se třemi terapeuti TK Mýto v prostorách komunity.

Cílem výzkumné sondy bylo zjistit, co a v jaké oblasti klientům dle jejich názoru ze života v komunitě pomáhá. Z obsahu jejich výpovědí, jež byly metodou zakotvené teorie porovnány s obsahem výpovědí na stejné otázky terapeutického týmu, jsem navrhl tři hlavní kategorie: 1. citová blízkost, 2. režim, který pomáhá, 3. osobní sycení. Tyto kategorie mají společný kontext společenství (materiální, metodologický a filosofický), navzájem se prolínají a mohou fungovat jen na základě existence druhé. Dalo by se vypovědět, že jsou v jisté míře společné všem klientům.

Konfrontací s literárními údaji o účinných faktorech změny v psychoterapii se dají vyvodit tyto závěry:

- Poznatky o tom, co klientům v TK Mýto pomáhá se v mnohém shodují s účinnými faktory skupinové psychoterapie u Yaloma a Kratochvíla.
- I přesto, že se v představené komunitě nerealizuje skupinová psychoterapie a režim je pojat volněji, než v TK pro drogově závislé, můžeme zde nalézt faktory jako je univerzalita, předávání informací, altruismus, interpersonální učení, rozvoj sociálních dovedností či skupinovou soudržnost.
- Dalo by se vyvodit, že faktory změny skupinové terapie jsou v TK Mýto platné jen v té míře, do jaké se tyto mohou realizovat v běžném chodu této konkrétní komunity. Proto terapeutické faktory jako korektivní rekapitulace primární rodiny, korektivní emoční zkušenost či odreagování zde nemohou léčebně působit.

- TK Mýto nepůsobí primárně terapeuticky na změnu osobnosti. Působí obráceně. Změnou návyků a životního rytmu napomáhá tomu, že se může pozitivně měnit vztah k lidem i k sobě samému.
- Kategorie osobní sycení by se dala považovat za nespecifický účinný faktor. Osobní „sycení“ pro pobyt v TK je individuální, a proto je velmi těžké popsat působení tohoto faktoru.

Z analýzy a interpretace údajů je možné doporučit návrhy dalších výzkumných otázek:

- Jak by se změnila intenzita platnosti navržených kategorií, byla-li by v TK Mýto realizována skupinová psychoterapie?
- Jaká je míra léčebného vlivu TK Mýto na zlepšování průběhu nemoci?
- Jakou platnost má terapeutizující působení této TK na klienty i v době po opuštění komunity?

Výzkumná sonda nabídla poodhalení zatím nezkoumané oblasti TK pro duševně nemocné, a to kvalitativní metodou ohniskové skupiny, která umožňuje vidět respondenty v interakci na předkládaná témata. Pro další výzkum by bylo ale vhodné vyzkoušet i metodologie další. Výzkumný cíl by se mohl klidně zaměřit na prozkoumání vhodnosti aplikace jednotlivých metod u této cílové skupiny.

Závěry této práce by se daly po dalším rozpracování použít, jako doporučení k metodologii práce s klienty v TK Mýto.

Zároveň by se dala práce považovat za námět k diskuzi, zda a za jakých podmínek by možné v TK Mýto realizovat skupinovou psychoterapii.

Práce byla psána pečlivě, a i když jsem si vědom možných „doporučení ke zlepšení“, přesto ji i možná nejen pro sebe vnímám, jako přínosnou.

LITERATURA

- BURDEK, L. (ed.) *Úplné znění- Sociální zabezpečení č. 617*. Ostrava: Sagit, 2007, 256 s.
- ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-29). In SVOBODA, M. (ed.) aj. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006, 320s. ISBN 80-7367-154-9.
- FOITOVÁ, Z. Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.) *Psychózy- psychoterapie, rehabilitace komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, ISBN 978-80-7387-253-3.
- HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997, 221 s. ISBN 80-85850-45-1.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2003, 312 s. ISBN 80-7178-803-1
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: BAOBAB, 2006.
- KALINA, K. *Jak žít s psychózou?* Praha: Avicentrum, 1987, 252 s.
- KALINA, K. *Terapeutická komunita- obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008, 400 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KLOSOVÁ, L. Sociální práce s duševně nemocnými. *Esprit časopis (nejen) pro duševní zdraví*, 2008, roč. XII, č. 1-2, s. 4-5.
- KOOYMAN, M. Terapeutická komunita pro závislé. In KOOYMAN, M. aj. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj, 2004, ISBN 80-7106-876-4.
- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995, ISBN 80-85824-20-5.
- KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia, 1979, 124 s.
- KRÁLOVÁ, K. *Právní rádce, příručka pro všechny, kteří se setkávají s duševní nemocí*. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2008.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MODLITBOVÁ, H. *Vstupní materiál do TK Mýto*. Nepublikováno, [s.n.].
- MODLITBOVÁ, H. *Průvodce pobytem klienta v komunitě*. Nepublikováno, [s.n.].

MORGAN, D. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Brno: Sage, 1997, 104 s. ISBN 80-85834-77-4.

NEVŠÍMAL, P. Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In KOOYMAN, M. aj. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj, 2004, ISBN 80-7106-876-4.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.) *Psychózy- psychoterapie, rehabilitace komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, ISBN 978-80-7387-253-3.

RYBOVÁ, L. *Cesty z labyrintu duševní nemoci*. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2008, 69 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3.vyd. Praha: Portál, 1999, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

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

INTERNETOVÉ CITACE

CAMPLING, P. Therapeutic communities. *Advances in psychiatric treatment*, 2001, č. 7, s. 365-372 /online/. c2001, poslední revize nenalezena/ cit. 2009-8-18/. Dostupné z <http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/7/5/365>.

RADIMECKÁ, I., SOLČÁNY, L. *Terapeutické komunity české republiky* /online/. c2007, poslední revize nenalezena/ cit. 2008-3-9/. Dostupné z <http://www.terapeutickekomunity.org/publikace/>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: David Odstrčil

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Duševní nemoc a terapeutická komunita

Počet stran bez příloh: 45

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Rok dokončení práce: 2009

Resumé

Jméno a příjmení studenta: David Odstrčil

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Jméno vedoucího práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

Rok: 2009

Název práce: Duševní onemocnění a terapeutická komunita

Klíčová slova: Duševní onemocnění, schizofrenie, komunitní péče, rehabilitace, komunita, terapeutická komunita, terapeutické faktory

Text souhrnu:

Také péče o duševně nemocné v České republice přechází z ústavní formy do péče komunitní. Jedním typem sociální služby v této oblasti jsou i terapeutické komunity (dále TK). Ale jak vůbec působí léčebné spolubytí v zatím jediné TK pro lidi s duševním onemocněním (převážně schizofrenií) v Česku? A navíc, pokud v ní není aplikována skupinová psychoterapie (většina modelů TK, totiž v sobě skupinovou psychoterapii zahrnují)? Co je to hlavní, co klientům pomáhá? Jak vnímají svůj čas v komunitě? Na tyto a jiné otázky ve své bakalářské práci hledám odpověď.

Cílem výzkumné sondy bylo zjistit, co a v jaké oblasti klientům dle jejich názoru ze života v komunitě nejvíce pomáhá. Ale také nakolik se odráží účinné faktory skupinové psychoterapie i ve společenství, kde není aplikována. Pro zpracování tématu jsem zvolil kvalitativní metodologii a aplikoval ji na dosud neprobádanou oblast TK pro lidi s duševním onemocněním (schizofrenií), což je také novým přínosem této práce. Ke sběru jsem použil metodu ohniskové skupiny s „trychtýřově“ řízenou diskuzí. Analýza dat byla provedena metodou zakotvené teorie. V první fázi jsem z audio nahrávek, zvláště pro klienty a terapeuty, identifikoval významové jednotky a z nich vypsals klíčové pojmy. V druhé pak porovnáním klíčových pojmů navrhl subkategorie a tři hlavní kategorie.

Konfrontací s literárními údaji o účinných faktorech změny v psychoterapii se dají vyvodit tyto závěry: ve zkoumané TK, můžeme nalézt některé účinné faktory skup. psychoterapie. TK působí terapeuticky na změnu návyků a životního rytmu klientů. Z analýzy a interpretace údajů je možné doporučit návrhy dalších výzkumných otázek: jak se změní platnost navržených kategorií, bude-li v TK realizována skupinová psychoterapie? Jaká je míra léčebného vlivu komunity na zlepšování průběhu nemoci? Jakou platnost má terapeutizující působení komunity na klienty i v době po jejím opuštění? Závěry této práce by se daly po dalším rozpracování použít, jako doporučení k metodologii práce s klienty.

OPONENTSKÝ POSUDEK NA BAKALÁŘSKOU PRÁCI

Název: Duševní onemocnění a terapeutická komunita

Autor: David Odstrčil

Počet stran:45, Počet stran příloh:0

Počet odborných publikací : 26

Počet internetových zdrojů: 0

Volba tématu je vzhledem k zaměření školy vhodná. Autor se zabývá problematikou, která je velmi zajímavá. Je zřejmé, že práce je psaná s velkým zaujetím a téma samotné je zpracováno velmi pečlivě. Teoretická i praktická část jsou dobře sladěny, výzkumná metoda i statistické zpracování výsledků jsou neotřelé a originální. Na textu je nesmírně sympatická snaha o formulaci vlastních závěrů a nalézání neotřelých pohledů.

Výtky

Nejprve formální stránka práce. Citace v textu neodpovídají zvyklostem. V textu se objevují pravopisné chyby a chyby v interpunkci. Stylisticky se práci nic závažného vytknout nedá. Po obsahové stránce chci vytknout některé nepřesné formulace a neúplné informace. Příkladem je třeba vynechání negativních příznaků u schizofrenních poruch, neúplný popis některých příznaků. U některých citací a inspiračních zdrojů je sporný výběr pramene – příkladem může být definice poruch citované dle psychologického slovníku, na místě by spíše bylo použít MKN 10. V práci je podobných míst více, připisují je skutečnosti, že zaměření práce je spíše sociální.

Otázka

Při obhajobě zodpovězte prosím následující otázky:

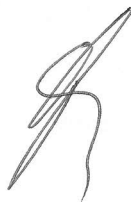
Proč nesouhlasíte s faktorem vlivu vrstevníků, když jedna z Vašich subkategorií se jmenuje „Být s mladými lidmi?“ Jak myslíte, že se poruchy schizofrenního okruhu projevují na kognitivních funkcích? Jak rozlišíte vliv získaného a vrozeného?

Závěr

Práce je na velmi dobré úrovni, výzkum je nesmírně originální a pěkně zpracovaný. Teoretická část je poněkud rozvolněnější.

Doporučuji práci k obhajobě a známku navrhuji velmi dobrou.

V Praze dne 17.09.2009 Mgr. Martin Prokeš



POSUDEK VEDOUCÍHO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

V Praze dne 15.9.09

Název: „Duševní onemocnění a terapeutická komunita“

Autor: David Odstrčil

Téma: Téma terapeutických komunit v léčbě a resocializaci drogových závislostí autor zvolil na základě své praxe a osobní zkušenosti ze stáže v terapeutické komunitě. Komunitní psychoterapie je téma pro kolegu očividně velmi blízké vzhledem ke studovanému oboru i zaměření své praxe. **Z hlediska oboru sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii je to téma plně vystihující zaměření studovaného oboru.**

Základní informace a formální úroveň práce:

Předkládaná práce svým rozsahem (cca 45 str. a 0 str. přílohy) splňuje požadavky na závěrečné práce bakalářského studia. Autor rozčlenil práci do dvou celků – na teoretickou a empirickou část.

V první části se věnuje vymezení a definování pojmů, etiopatogenezi duševních onemocnění a shromažďování informací o vývoji a způsobech léčby v terapeutických komunitách, léčebných faktorech aj... Členění kapitol v teoretické části je přehledné, kapitoly na sebe navazují a jsou logicky uspořádané. Autor se v této části spíše zdržuje vlastních názorů a přednost dává citovaným autorům. Citace jsou prováděny dle normy a řádně uváděny v textu. Práci by neškodil větší počet cizojazyčných zdrojů literatury. Celkově čerpá z 25 zdrojů (1 cizojazyčné), což je pro bakalářskou práci dostatečný rozsah odborné literatury.

Druhá část práce je nazvána empirickou a stylisticky je rozdílná od části první. Autor zde prezentuje výsledky kvalitativního výzkumného šetření. Praktická část je jakousi „živou“ ilustrací pro část teoretickou, má charakter výzkumné sondy v Terapeutické komunitě Mýto pro lidi s psychiatrickým onemocněním schizofrenního okruhu. Hlavním výzkumným nástrojem pro sběr dat autor využil ohniskovou skupinu. Cílem sondy je zjistit co klienti považují za hlavní terapeutické agens v rámci svého pobytu v komunitě. Metodologicky využívá teoretického přístupu „zakotvené teorie.“ Data analyzuje precizně dvoustupňovým kódováním do hlavních klíčových kategorií a subkategorií. Hlavní kategorie nachází tři: 1. Citovou blízkost, 2. řád, 3. osobní sycení.

Obsahové hledisko:

Z hlediska obsahu je práce vyvážená, teoretické informace, které autor vybírá jsou zacílené k tématu a empirická část navazuje na část teoretickou. Na jedné straně kolega prokazuje nadání pro kvalitativní pohled na studovanou problematiku, na druhé straně je na škodu, že sebraného materiálu nebylo více. Praktická část by tím více získala na vědecké hodnotě, ale to již přesahuje obsahové i formální nároky na bakalářskou práci.

Otázka k obhajobě: Jaký byste navrhnul metodologický postup pro další výzkumné bádání v této oblasti?

Závěr: Domnívám se, že autor se zabýval tématem, který je velmi blízký studovanému oboru, prokázal schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V praktické části prokázal schopnost kvalitativního pohledu na danou problematiku a kreativního využití metodologického přístupu „zakotvené teorie“. Ocenit musíme zejména schopnost autora získat důvěru klientů a terapeutů pro otevřený skupinový rozhovor a následnou tvůrčí analýzu získaných dat. Nedostatek můžeme spatřit pouze v malém zastoupení zahraničních zdrojů literatury. Užitou metodologií bych považoval za vhodné rozvinout v diplomové práci až v magisterském stupni studia.

Klasifikace: Navrhuji práci jako výbornou

Zpracoval: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

