Pražská vysoká škola psychosociálních studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010 **TEREZA RŮŽIČKOVÁ**

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Význam svépomocné skupiny v životě lidí trpících schizofrenií

Tereza Růžičková

vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Praha 2010

Prague college of psychosocial studies

Importance of self-help groups in the lives of people with schizophrenia

Tereza Růžičková

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Kulhánek

Praha 2010

Anotace: Bakalářská práce charakterizuje svépomocné skupiny a vysvětluje význam a úlohu svépomoci v životech lidí trpících schizofrenií. Popisuje pozitiva i úskalí svépomoci, výhody a nevýhody pro samotné klienty i jejich rodiny. Práce pojímá svépomoc jako specifickou formu sociální práce. Sleduje odlišnosti od ostatních forem léčby schizofrenie. V praktické části popisuje činnost občanského sdružení Šela. Sleduje jednotlivé případy klientů a důležitost skupiny pro klienty a jejich rodinné příslušníky.

Klíčová slova: Psychóza, schizofrenie, svépomoc, svépomocná skupina, relaps, stigmatizace

Abstract: Bachelor thesis characterizes the self-help groups and explains the importance and role of self-help in the lives of people with schizophrenia. This thesis describes the pros and pitfalls of self-help, advantages and disadvantages for the clients themselves and their families. Thesis sees the self-help as a specific form of social work. It monitors differences from other forms of treatment for schizophrenia. The practical part describes the work of Civic Association Shelah. It monitors individual cases and the importance of client groups for clients and their families.

Key words: Psychosis, schizophrenia, self-help, self-help group, relapse, stigma

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Ovčárech dne:

Poděkování

Děkuji Mgr. Janu Kulhánkovi za odborné vedení a cenné rady, Mgr. Vlastě Sysalové a paní Evě Tiché za potřebné informace o občanském sdružení Šela. Díky patří mým blízkým za jejich podporu při zpracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD

1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMŮ 5
1.1 Pojmy: psychóza, schizofrenie, svépomocná skupina 6
1.2 Pojmy: relaps, stigmatizace 10

2 SCHIZOFRENIE 13
2.1 Diagnostika schizofrenie 13
2.1.1 Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie 14
2.1.2 Projevy a průběh schizofrenie 16
2.1.3 Formy schizofrenie 19
2.1.4 Mýty o schizofrenii 21
2.2 Léčba schizofrenie 22
2.2.1 Primární zdravotní péče 23
2.2.2 Ambulantní psychiatrická péče 23
2.2.3 Hospitalizace 24
2.2.4 Psychoterapie 24
2.3 Prevence relapsu 26
2.3.1 Schizofrenie a rodina 26
2.3.2 Vztah a komunikace s pacienty s psychózou 29
2.3.3 Duševní nemoc a zaměstnání 30

3 SVÉPOMOCNÉ SKUPINY 31
3.1 Historie svépomocných skupin 31
3.2 Charakteristické rysy svépomocných skupin 33
3.3 Účel svépomocných skupin 37
3.4 Jak svépomocné skupiny pracují 38

4 SVÉPOMOCNÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ŠELA 39
4.1 Založení svépomocné skupiny 39
4.2 Vývoj občanského sdružení Šela 40
4.3 Poslání , cíle a charakteristika Svépomocné skupiny 41
4.4 Hlavní náplň činnosti občanského sdružení Šela 42
4.5 Metodiky práce, služby a činnosti 44

5 KASUISTIKY 45
5.1 Kasuistika pana XY 45
5.2 Kasuistika slečny Aničky 49
5.3 Kasuistika pana Aleše 53

ZÁVĚR 57
LITERATURA 58
PŘÍLOHY 61

ÚVOD

Na úvod bych citovala výrok předního uživatele péče v oblasti dlouhodobě nemocných Gottwalda a slovenského spisovatele a sociologa Bútory:

„ Není dobré, když se dá rozkolísaný člověk přesvědčit, že nemůže samostatně existovat, myslet, vyvíjet se a že k tomu nutně potřebuje berličku psychiatrie. Nemá nad sebou cítit strop, který mu vytvořil někdo jiný“ (c. d. Bendla, 2002, s. 10).

„Svépomoc je nepochybně jedním ze světel, jež nás mohou vyvést z tunelu, který bychom všichni tak rádi opustili“ (BÚTORA, 1991, s. 118).

Musím se přiznat, že svépomocné skupiny na mě vždy působily až téměř magicky a sektářsky. Právě „sektářství“ patří k vnitřním rizikům a nebezpečí svépomoci. O „sektářství“ se zmíním ve 3. kapitole. „Tajemství uzdravování“ je pro mne velmi záhadné a vždy mě zajímalo, CO je tou velkou sílou, kterou uzdravuje a spojuje?

Každá svépomocná skupina má své heslo. Uzdravená srdce mají například heslo: „Je krásné žít a pomáhat jiným“. KLUS Praha docenta Skály se řídí heslem: „Ber a dávej“.

Se schizofrenií jsem měla možnost se setkat v 1. ročníku během stáže v Terapeutické komunitě Mýto u Rokycan. Od 1. ročníku jsem docházela na praxi do Občanského sdružení Šela, které jsem si vybrala ke zpracování své bakalářské práce. Práce s klientky se schizofrenií je pro mne velmi přínosná. V budoucnu bych se chtěla věnovat case managementu. Zkušenosti, které jsem díky stážím získala se budou hodit pro mé budoucí působení v této oblasti. Líbí se mi snaha deinstitucionalizovat péči o duševně nemocné.

1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Psychóza, schizofrenie, svépomocná skupina

V následující podkapitole se pokusím přiblížit názory a pohledy jednotlivých autorů na pojmy **psychóza, schizofrenie a svépomocná skupina**.

***„Psychóza** je slovo řeckého původu (od slova psyché, které označuje duši člověka.) Koncovka –óza se v medicíně používá k vymezení pojmu nemoc Psychóza znamená nemoc duše. Psychóza je závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti pacienta a také do jeho vztahů s okolím"* (DOUBEK aj. 2008, s. 10).

Podle Doubka psychóza zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, ostatní lidi a svět kolem sebe, v němž žije. Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií. Nemocný trpící psychózou se v tomto novém světě uzavírá, odtrhává se od lidí a jejich realita se mu stává cizí. Lidé v jeho nejbližším okolí tuto změnu registrují a prožívají ji. Z jejich pohledu se jejich blízký chová podivně, nelze se s ním domluvit. Jeho projevy v nich často vzbuzují pocit ohrožení, viny a zmatku a podle toho se k němu také blízcí chovají (DOUBEK aj. 2008).

Jarolímek řadí do psychóz vedle schizofrenie maniodepresivní psychózu, smíšenou psychózu, laktační psychózu a další (…) Rozdíl mezi neurózou a psychózou je velký. Neurotik mívá sice úzkosti, strachy, deprese podobně jako schizofrenik, ale tyto obtíže mu i přes to umožňují celkem normálně fungovat v reálném životě. U schizofrenika mají obtíže takovou intenzitu a hloubku, že plně prostoupí jeho život a výrazně jej ovlivní. Pro takového člověka je pak velmi obtížné rozhodnout, co je skutečné, a co není. Je to trochu jako mít sny,

když jste naprosto probuzení. Říká se, že neurotik si celý život staví vzdušné zámky, zatímco schizofrenik v nich žije (JAROLÍMEK, 2006).

Názor Jarolímka považuji za klíčový v souvislosti se schizofrenií. Z mého pohledu je na schizofrenii nejhorší ztráta kontaktu s realitou, tedy neschopnost rozlišit, co je skutečné a co je blud. Představa snů při naprosté bdělosti, které člověk považuje za realitu, mne děsí. Zároveň mne velmi zajímá, co je příčinou bludů a halucinací schizofreniků. O příčinách onemocnění se zmíním v další kapitole. Nyní uvedu jednotlivé charakteristiky pojmu schizofrenie.

Psychózy charakterizuje ve Slovníku sociální práce Matoušek slovy: „Diagnostická kategorie shrnující skupinu vážných duševních poruch, jejichž společným znakem jsou poruchy myšlení (např. bludné představy a myšlenky), poruchy emočního prožívání (např. oploštění emocí, úzkost), poruchy vnímání (např. halucinace), regrese do nižších stádií osobnostního vývoje, poruchy komunikace (např. neschopnost udržet téma), poruchy chování (např. apatie, negativismus, artismus). Příčinami psychóz jsou organické změny v mozku, ke kterým mají lidé trpící psychózou i genetické dispozice, a vlivy psychogenní. K psychogenním vlivům patří i stresory sociální (zejména nevýhodné společenské postavení) i stresory interpersonální povahy (ztráta blízké osoby, rodinné konflikty aj.). Psychózy v akutním stádiu většině postižených znemožňují společenské uplatnění. Ve stádiu remise jsou nemocní schopni fungovat s podporou. Úplné vyléčení je řídké, i když možné. Relaps obtíží prokazatelně souvisí s charakteristikami prostředí, v němž člověk s psychózou žije – vysoké riziko relapsu je např. v rodině, která je vůči pacientovi trpícímu schizofrenií hyperkritická nebo je na jeho osudu emočně příliš angažovaná. Sociální pracovnice mohou napomáhat snižování tohoto rizika, kdežto ovlivňování biologické stránky nemoci je v současnosti vyhrazeno lékařům psychiatrům“ (MATOUŠEK, 2003, s. 166).

Vágnerová píše o **schizofrenii** jako o závažné duševní chorobě, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Schizofrenie existovala odedávna. První zmínka byla nalezena na 3400 let starém fragmentu z Ajurvedy, kde byly popsány projevy, které byly považovány za příznaky schizofrenie. Smolík popisuje tyto příznaky jako *„stav, který je způsoben ďáblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu“* (cit. dle Vágnerové, 2004, s. 333).

Schizofrenie jako onemocnění byla popsána v medicínských textech již v období antiky. Název schizofrenie pro toto psychotické onemocnění zavedl až významný německý psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939) (DOUBEK aj. 2008). Samotné slovo schizofrenie pochází z řečtiny a překládá se jako „rozštěpení duše“. Schizofrenici se dají charakterizovat jako lidé, *„kteří více cítí a jinak rozumějí, a proto více trpí“* (JAROLÍMEK, 1996, s. 5).

V některých příručkách pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny se termín schizofrenie vymezuje jako *„rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním“*. Podle Doubka je termín schizofrenie mylně vykládám laickou veřejností jako rozštěpení osobnosti, kdy současně existují dvě nebo více odlišných osobností člověka (DOUBEK aj. 2008, s. 11).

Osobně nesouhlasím s tvrzením autorů o nesprávném výkladu schizofrenie jako existence dvou nebo více odlišných osobností. Během své stáže v Terapeutické komunitě Mýto jsem měla možnost z rozhovorů s klienty pochopit, jak oni sami prožívali toto onemocnění. Mohu tedy z vlastní zkušenosti potvrdit, že jsem se setkala s klienty, kteří popisovali své onemocnění jako „rozdvojenou osobnost“. Jeden klient mi dokonce řekl, že byl v období mánie po převlečení do jiného oblečení někým jiným.

Podívejme se, jak definuje pojem **svépomocné skupiny** Slovník sociální práce:

„Svépomocné skupiny, self-help-groups, jsou skupiny, v nichž si vzájemnou pomoc při řešení osobních, rodinných nebo komunitních problémů poskytují ti, kdo jimi trpí. Většina svépomocných skupin pomáhá svým členům při zvládání somatických a duševních nemocí, závislostí na návykových látkách, problémů s nadváhou, s akceptováním vlastní sexuální orientace, v partnerských konfliktech, v rozvodových situacích, v situacích systematického znevýhodnění. Členové svépomocných skupin si předávají informace, poskytují si emocionální podporu, někdy si poskytují i přiměřenou praktickou pomoc a obhajují společné zájmy vůči jiným organizacím, případně i vůči státu. Ve vztahu k profesionálním pracovníkům ve zdravotnických a sociálních službách mohou být členové svépomocných skupin kritičtí nebo s nimi mohou spolupracovat. V některých případech pomoc poskytovaná svépomocnými skupinami nestačí. Tehdy nemohou být považovány za náhradu profesionálních služeb, ale za jejich doplněk“ (MATOUŠEK, 2003, s. 218).

Bendl ve své práci píše o dobrém jméně svépomocných skupin ve světě. Svépomocné skupiny představují další formu pomoci v nabídce služeb pro duševně nemocné. Jsou vyhledávané pro náplň, kterou nabízejí. Neměli bychom je tedy chápat jako konkurenci odborné péče. Svépomocné skupiny jsou užitečné jak pro samotné uživatele, tak pro odbornou veřejnost. Někteří odborníci se domnívají, že jde pouze o módní trend (BENDL, 2002).

Jako další se pokusil vystihnout poslání svépomocných skupin Praško, který hovoří o tom, že svépomocná skupina funguje na principu *„sdělená starost, poloviční starost, sdílená radost, dvojnásobná radost.“* Druhým cílem svépomocných skupin je prosazovat zájmy a práva klientů. Skupina zmůže více než jednotlivec. Dokladem o tom, jakou mají svépomocné skupiny sílu, jsou hnutí s velkou tradicí v USA (PRAŠKO aj. 2005, s. 68).

Nesmím zde opomenout uvést definici svépomocných skupin podle Bútory:

*„Členy svépomocných skupin tvoří lidé sdílející společný osud, stav, symptom nebo zkušenost. Skupiny jsou do značné míry autonomní a samoregulující, zdůrazňující spíše partnerskou solidaritu sobě rovných než hierarchickou nadřazeností. Dávají přednost vedení založenému spíše na souhlasu než na donucování. Ve své vlastní organizaci nedbají příliš na obvyklé institucionální rozdíly mezi uživateli, profesionály a členy výboru nebo rad; tyto funkce si navzájem vyměňují a kombinují. Obhajují spoléhání na vlastní síly a požadují stejně intenzívní oddanost a zodpovědnost od ostatních členů. Jejich snahou je obracet se co nejméně na profesionály a na úřady, protože většinou nenacházejí přiměřenou pomoc. Kde taková pomoc existuje, mají tendenci s profesionály spolupracovat. Zpravidla poskytují svým členům dostupnou a bezplatnou síť společenských styků v podobě osobních rozhovorů nebo prostřednictvím telefonu. Mají tendenci být soběstačné, většinou nepracují pod záštitou institucí nebo úřadů, ale vydržují se ponejvíce z darů svých členů a přívržen*ců, *méně z vládních fondů a nadací či z příspěvků veřejnosti* (BÚTORA, 1991, s. 23).

1.2 Relaps, stigmatizace

Praško uvádí, že po léčbě psychóz dojde u většiny osob k odeznění halucinací, bludů a dalších příznaků. Ke stádiu stabilizace dochází u 85% pacientů do šesti měsíců, u 60% dochází k významnému zlepšení dokonce již do 4-6 týdnů. Ve stadiu stabilizace je člověk bez větších potíží, postupně se navrací do původního života a psychotická epizoda se často stává opravdu jen „epizodou“ nebo alespoň pacient si přeje na tuto epizodu zapomenout. Tendence zapomenout, v psychiatrickém jazyce „vytěsnit“, je z lidského pohledu naprosto pochopitelná (PRAŠKO aj. 2001).

Stadium stabilizace může být přerušeno tzv. **relapsem** (PRAŠKO aj. 2001). *„Relaps je návrat akutních psychotických příznaků, tedy těch potíží, které již nebyly přítomny, byly zaléčené“* (DOUBEK aj. 2008, s. 46).

Doubek dále uvádí, že frekvence relapsů u psychóz je podle statistik vysoká. Zhruba 75% pacientů postihne během prvního roku nová epizoda nemoci, neužívají-li preventivně léky. Při snižování, vysazování léků či špatně nastavené léčbě je riziko relapsu vyšší. Je velmi důležité užívat léky dlouhodobě, i když nejsou přítomny příznaky psychotického onemocnění (DOUBEK aj. 2008).

K opakovanému propuknutí dochází často tehdy, přestane-li nemocný užívat léky bez vědomí lékaře. Proto je velice důležitý vztah mezi pacientem a lékařem, který by měl být založen především na důvěře a upřímnosti z obou stran. Nemocný by se neměl obávat říci lékaři své pochybnosti o nutnosti užívat léky a neměl by se snažit klamat. Jen tento pevný vztah důvěry může být základem dlouhodobě úspěšné léčby (PRAŠKO aj. 2005).

Z knihy Jarolímka jsme se dozvěděli, že hovoříme-li o **relapsu**, jedná se o **návrat onemocnění**. Jarolímek dodává, že i u schizofrenie je možné plné uzdravení. Zmiňuje také schopnost tvořivého, originálního myšlení, které schizofrenie přináší. Schizofrenií či podobným duševním onemocněním trpěli např.: Johanka z Arcu, Vincent van Gogh, Gustave Flaubert a další (JAROLÍMEK, 2006). Carling hovoří o důležitosti prevence **stigmatizace** duševně nemocných, která by měla být součástí kvalitní péče. Výraz stigma zde označuje předsudek, že duševně nemocní jsou jako skupina nežádoucí, je třeba se jich bát, nebo se jim vyhýbat. Stigmatizace a diskriminace se dle Carlinga odehrávají mezi jednotlivci, ve vztazích místní komunity i ve vztahu společnosti k duševně nemocným (c. d. Matouška, 2005, s. 134).

„Duševní nemoc působí ve společnosti jako silné sociální stigma. Problém stigmatizace duševně nemocných je starý jako lidstvo samo a přes veškerý pokrok společnosti je stále aktuální. Obecně se stigmatem rozumí určité znamení hanby či méněcennosti, které vede k odmítání svého nositele. V případě duševních onemocnění nejde ani tak o faktické omezení psychických funkcí, jako o způsob, jakým jsou duševně nemocní vnímáni, hodnoceni a na základě toho

akceptováni (spíše neakceptováni). Stigma není jejich vlastností, ale je jim sociálně přisouzeno" (ČAPZ, 2008).

Zvláště poslední větu citátu považuji osobně za nejdůležitější aspekt stigmatizace. Schizofrenici velmi často zvnitřňují stigma, které jim je vtisknuto okolím a stávají se oběťmi stigmatizace. Nejde pouze o ztížené podmínky v sociálním světě klienta, ale také o těžkosti samotného prožívání a vyrovnávání se s tímto stigmatem. O tomto problému hovoří Hatfield a Lefley, kteří tvrdí že: *„Duševně nemocní, jejich blízcí, profesionálové (např. sociální pracovníci) jsou jak objekty, tak subjekty stigmatizace. Klienti často stigma zvnitřňují a snaží se s ním vyrovnat tak, že se stahují, izolují nebo vstupují do agresivních konfrontací s okolím*" (c. d. Matouška, 2005, s. 134).

Pěč popisuje problematiku stigmatizace obdobně jako výše uvedení autoři. Dle Pěče jsou lidé s psychózou nejen objektem stigmatizace ze strany okolí, ale sami toto stigma zvnitřňují a jejich chování (stažení, útočnost) může být důsledkem těchto postojů (PĚČ, PROBSTOVÁ, 2009). Stigmatizace může vést ke společenské izolaci. Stigma souvisí se stereotypy a předsudky. Praško tvrdí, že pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně (c. d. Mahrové, 2008, s. 129).

Jarolímek popisuje stigmatizaci jako příčinu změn v prožívání i v chování stigmatizovaného. Dochází k tzv. selfstigmatizaci, kdy se diagnostikovaný člověk cítí jako méněcenný, má tendenci se podceňovat, má pocit, že se nehodí do okolního světa (c. d. Mahrové, 2008, s. 129).

- Člověk mění obraz o sobě samém a své chování pod vlivem „nálepky", nebo aby se jí zbavil
- Ve svém dosavadním životě hledá podporující důkazy pro své nové „stigma", důkazy pro svou novou identitu (ukotvuje se)
- Člověk je redukován na svůj „soubor symptomů", okolí mu přisuzuje atributy nové role.

2 SCHIZOFRENIE

2.1 Diagnostika schizofrenie

„Pokud se příznaky duševní nemoci objeví pozvolna, má pacient nebo lidé z jeho nejbližšího okolí dostatek času si změn v chování nebo v prožívání všimnout a reagovat na ně vyhledáním pomoci“ (ČAPZ, 2008, s. 23). Onemocnění začíná v mladém věku a může podstatně ovlivnit další život nemocného. Je důležité přistupovat k onemocnění správně od začátku (PRAŠKO aj. 2005).

Může se stát, že rodina nemocného podcení příznaky nemoci a vyhledají psychiatrickou péči až tehdy, když je nemocný v akutní fázi nemoci. Vyhledání pomoci by mělo být dřívější než dojde nemocný do této fáze a je nebezpečný sobě i svému okolí. Absence včasného vyhledání psychiatrické péče může být způsobena neznalostí či neinformovaností rodiny. V praxi jsem se setkala např. s tím, že rodina nechala dojít situaci tak daleko, že došlo např. k napadení člena rodiny nemocným atp. Diagnózu určí psychiatr, spolupracuje však s psychologem, který u pacienta provede psychologické vyšetření.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nese kategorie Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy označení F20 – F29 (PRAŠKO aj. 2003). Psychiatr upřesní diagnózu a zahájí léčbu. Nemocný se dostává poprvé k psychiatrovi při první manifestaci psychotické symptomatologie.

„Mladý člověk s první psychotickou epizodou je ve stresu, podezíravý, bojí se. Reakce profesionála v této fázi může ovlivnit budoucí průběh léčby, protože první zkušenost ovlivní pacientovy postoje. Proto se snažíme maximalizovat efekt a minimalizovat vedlejší účinky. Soustředíme se nejen na ústup příznaků a zmenšení psychologického stresu, ale také na pomoc se sociálními problémy a vybudování terapeutického vztahu a explikačního modelu,

který je pro nemocného přijatelný a pochopitelný" (SVOBODA aj. 2006, s. 277-228).

Dle Alanela bývá samotný vznik diagnózy schizofrenie zpochybňován. Poukazováno je na nejednotnost vývoje, průběhu a vyústění stavů, které bývají do této diagnózy zahrnovány. Kritizován je zejména biochemický model schizofrenie, který etiologicky zdůrazňuje biologické poruchy mozku a následně farmakoterapeutickou léčbu (PROBSTOVÁ, 2009).

Kopřiva píše o diagnostických nálepkách, které slouží k praktickým účelům. Profesionálům, kteří pracují s duševně nemocnými, slouží jako vedlejší pomůcka při porozumění klientovi. Porozumění mohou ale také naprosto blokovat, pokud *„přiřazením psychopatologického termínu je klient pro pomáhajícího vyřízen bez potřeby mu dále porozumět"* (KOPŘIVA, ŠIKLOVÁ, 2000, s. 37).

2.1.1 Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie

Vágnerová píše o souboru dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů, které způsobují vznik schizofrenie. Komplex mnoha faktorů a jejich vzájemná interakce ovlivní vznik onemocnění. Jako první příčinu vzniku schizofrenie uvádí tato autorka dědičnost. Ke vzniku schizofrenie tedy přispívají genetické faktory. *„Odchylky genetické informace se mohou projevit určitou změnou ve struktuře i funkci mozku, která vede ke vzniku psychických příznaků"* (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 334).

Dle Praška se dědí určitá vloha k onemocnění, tedy náchylnost k nemoci, ale ne nemoc sama. Praško zařazuje dědičnost do biologických faktorů, vyvolávajících vznik nemoci. Dodnes není známa konečná příčina. *„Byla zvažována řada teorií o vzniku schizofrenie – virová, imunologická, genetická, rodinná, dopaminová a další. V současné době víme, že neexistuje jediná, hlavní*

příčina tohoto onemocnění. Jde o společné působení řady faktorů jak biologických, tak psychosociálních" (PRAŠKO aj. 2001, s. 17).

Jarolímek popisuje vznik schizofrenie jako jev, při kterém dochází v mozku k nerovnoměrnému rozložení tzv. neurotransmiterů, chemických látek (především dopamin a serotonin), které přenáší informace mezi jednotlivými buňkami. Tyto chemické látky zajišťují vyrovnanou spolupráci obou hemisfér (emoční a rozumové). U schizofrenika nejsou látky v mozku rovnoměrně rozděleny jako u ostatních lidí.

V některých částech je jich nadbytek a v jiných naopak. Důležité je, že toto nerovnoměrné rozložení lze normalizovat pomocí tzv. neuroleptik. Při pravidelném užívání neuroleptik se chemické pochody v mozku vrátí do normálu, tím se dotyčnému vrátí schopnost myslet a vnímat jasně a logicky (JAROLÍMEK, 2006).

Dále zde uvedu rozdělení příčin vzniku schizofrenie dle Doubka:

- ► vrozené a zděděné
- ► vlivy prostředí, v němž nemocný žije
- ► události, se kterými se setkal

Studie o dědičnosti ukázaly, že pokud onemocní jeden z rodičů schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také. Pokud oba rodiče onemocní schizofrenií, pak riziko pro jejich dítě je asi 30-40% (DOUBEK aj. 2008, s. 15). Mezi vnější vlivy, které mohou zvýšit riziko vzniku schizofrenie řadí Vágnerová prenatální zátěže typu podvýživy či hypoxie, ale i postnatální vlivy psychosociálního charakteru spojené především s rodinou. Nepříznivě disponovaný jedinec nedokáže tyto vyvolávající podněty dobře zpracovat. Vágnerová hovoří o *„konceptu vulnerability, který předpokládá zvýšenou citlivost k různým podnětům, především sociálního charakteru. Bývá charakterizován jako porucha zpracování informací"* (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 336). Jarolímek řadí mezi psychosociální vlivy především klima v rodině do

přibližně dvou let věku dítěte, vztahy a postavení jedince v kolektivech v dětství a v dospívání (třída, parta, sportovní oddíl apod.) (JAROLÍMEK, 2006).

Schizofrenie se vyskytuje poměrně často, objevuje se u 1-1,5% populace. Onemocní přibližně jeden člověk ze sta. Schizofrenie se vyskytuje stejně často u mužů i u žen, ve všech kulturách a na všech kontinentech. U mužů se nejčastěji projeví mezi 15 až 22 lety a u žen mezi 25 až 35 lety. Onemocnět může úplně každý. Třetina nemocných se plně uzdraví, u druhé třetiny se nemoc vrací a poslední třetina má chronický průběh, který narušuje jejich život (PRAŠKO aj. 2005).

2.1.2 Projevy a průběh schizofrenie

V této kapitole se budu snažit co nejvíce přiblížit projevy schizofrenie. Zmíním zde pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní symptomy. Kapitoly prokládám vlastními zkušenostmi z praxe s lidmi, kteří onemocněli schizofrenií.

V příručce pro nemocné a jejich rodiny se uvádí, že schizofrenie je onemocnění mladých lidí a začíná nejčastěji během dospívání. K onemocnění dochází náhle a nečekaně. *„Onemocnění může předcházet různě dlouhé období několika měsíců až let, kdy se tito lidé postupně mění, uzavírají se a přerušují sociální kontakty“* (PRAŠKO aj. 2005, s. 11).

Symptomy mohou být různorodé. Příznaky je možné dělit podle toho, zda jsou projevem nadměrného vyjádření funkcí (pozitivní příznaky), nebo jejich úbytku (negativní příznaky). Pozitivní příznaky, jako jsou bludy, halucinace, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování, jsou projevem zvýšené aktivity různých částí mozku. Negativní symptomy (výrazná apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí, sociální stažení) vznikají jako důsledek útlumu funkcí (VÁGNEROVÁ, 2004).

Rodiče schizofreniků si začínají uvědomovat, že mají doma úplně jiného člověka, než kterého znali dříve. Nerozumí svým dětem a i když se snaží,

nedokáží proniknout do jejich světa. Nedokáží ani pochopit způsob uvažování svých dětí. K počátečním příznakům schizofrenie patří nepochopitelné obavy a napětí klienta, tělesná únava, neschopnost se soustředit. Na začátku onemocnění se často klienti cítí bez radosti, bez chuti do života. Klienti ztrácí zájem o aktivity, které jim do té doby dělaly radost a přinášely jim uspokojení (PRAŠKO aj. 2005).

„Mezi nejklasičtější příznaky schizofrenie patří bludy a halucinace. Blud je falešná představa, která dotyčnému připadá naprosto pravdivá, a nelze mu ji vymluvit. Např. může být nevývratně přesvědčen, že okolo něj existuje spiknutí lidí, kteří usilují o jeho život. Nebo že nějaký jiný člověk dokáže číst jeho myšlenky a popřípadě je může ovlivňovat. Patří sem i bludné přesvědčení, že dotyčný je nadán výjimečnými schopnostmi či nadpřirozenou mocí. Pod vlivem těchto bludů pak nemocný i jedná, což mu působí další problémy“ (JAROLÍMEK, 2006, s. 8).

Svoboda hovoří o tom, že několik let před propuknutím choroby jsou nemocní méně úspěšní ve škole. Praktičtí lékaři mohou zachytit nespecifické prodromální příznaky (nepozornost, snížení motivace, úbytek energie, deprese, poruchy spánku, úzkost, sociální stažení, podezíravost, vztahovačnost, podrážděnost). Lékař by měl upozornit rodinu a poslat nemocného k odborníkovi. *„Významným ukazatelem je změna chování a fungování“* (SVOBODA aj. 2006, s. 277).

Za velmi důležitou pokládám výpověď jednoho z klientů, který popsal jeden z projevů schizofrenie jako: *„Rozumím věcem nějak jinak“*. U nemocného dochází k základní neshodě s okolím. Jev lze nazývat: *„podvojné účetnictví“*. Výše zmínění autoři píší o schizofrenicích takto: *„ Nemocní se často dokáží slušně orientovat v realitě, dokáží se navenek i přizpůsobit a psychotické prožívání se může objevovat jen občas a zlomkovitě. Postupně je chování a jednání pacienta hluboce ovlivněno psychotickými prožitky a logikou jeho vnitřního světa“* (PRAŠKO aj. 2005, s. 11).

Doubek popisuje bludy jako mylná nevývratná přesvědčení, která nemocnému připadají zcela pravdivá a reálná. *„Bludy patří mezi poruchy myšlení. Blud má většinou určitý časový vývoj, kdy nejdříve nemocného napadá jen myšlenka, a až postupně dojde k vývoji bludného přesvědčení, které dále může přejít až k propracovanému systému bludů. Na počátku rozvoje příznaků se stává, že nemocný hůře rozumí lidem v okolí, stejně jako přestává rozumět svým úvahám pod vlivem nemoci. Dochází k jeho postupnému se uzavírání vůči okolí. Náhodná nenápadná stresová situace, jako je např. kolize s někým při vystupování z prostředku městské hromadné dopravy, může vést k tomu, že začne mít dojem, že jej lidé v dopravním prostředku pozorují, sledují a komentují jeho chování nebo se mu posmívají“* (DOUBEK aj. 2008, s. 19).

Bludy a halucinace se nesmí nemocnému vymlouvat nebo dokazovat, že se jedná o nesmysly. Takovéto chování by mohlo vyvolat agresivní reakci, nemocný by se mohl cítit ohrožen. *„Blud ovlivňování a zasahování, např. vkládání a odnímání myšlenek, je považován za jeden z důležitých diagnostických znaků schizofrenie“* (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 338).

Během své praxe v Terapeutické komunitě Mýto jsem se z rozhovorů s klienty dozvěděla, jaké to opravdu je „bludařit“. Vzpomínám si na procházku s jedním z klientů, během které jsme se dobře bavili a zpívali si. Vše vypadlo v pořádku. Po procházce se mi klient zmínil o tom, že se celou cestu domníval, že jsem „od nich“. Informace mne samozřejmě vyděsila, jelikož jsem neměla informace o fázi zaléčení, ve které se klient nacházel. Klient hovořil o strachu, který měl a o tom, jak situaci prožíval. Bylo pro mne velmi zajímavé sledovat klientovo chování a prožívání. Této zkušenosti si velmi cením, i když jsem měla obavy z toho, jak by celá situace dopadla, kdyby klient začal podle svých falešných představ i jednat.

Doubek popisuje halucinace takto: *„Halucinace jsou projevem zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu. Nemocní pak slyší, vidí a cítí věci, které nevnímají ostatní. Halucinacemi mohou být postiženy všechny smysly. Nejčastější jsou*

sluchové halucinace, kdy nemocný člověk může slyšet buď jednotlivé zvuky (tikání, zvonění, škrábání) nebo složitější vjemy, jako jsou hlasy. Hlasy, které nemocný slyší, k němu buď hovoří přímo, nebo hovoří o něm a nebo komentují jeho jednání. Velmi nebezpečnou variantou jsou hlasy, které dávají nemocnému příkazy. Pod jejich vlivem pak může dojít k chování, které ohrožuje nemocného nebo jeho okolí. Hlasy mohou být vnímány jako slyšené ušima nebo jako ozvučené myšlenky v hlavě. Halucinace jsou často stejně intenzivní nebo i intenzivnější než vnímaná skutečnost, a to vede k tomu, že s nimi nemocní často komunikují" (DOUBEK aj. 2008, s.18).

2.1.3 Formy schizofrenie

Vágnerová ve své knize uvádí 4 základní typy schizofrenie:

1) paranoidní schizofrenie
2) hebefrenní schizofrenie
3) katatonní schizofrenie
4) simplexní schizofrenie

Rozdělení je spíše teoretické. V praxi se mohou jednotlivé typy překrývat, běžné je přechod jedné formy do druhé. Průběh choroby může být různorodý. V praxi se lze setkat i s kombinovanými variantami.

1) Pro paranoidní schizofrenii je charakteristický blud s paranoidním obsahem a halucinace. Nemocný je patologicky podezíravý, vztahovačný, je přesvědčen, že je pronásledován, bude použit nadpřirozenými silami atd. Výjimečná není ani patologická žárlivost. Objevují se sluchové halucinace. Nemocní bývají emočně otupělí, mívají poruchu vůle, nedovedou se přinutit k aktivitě. Tento typ schizofrenie se může objevit i v pozdějším věku, někdy až okolo 40.

2) Charakteristickým znakem hebefrenní schizofrenie je porucha myšlení. Objevuje se sklon k pseudofilozofickému myšlení, úvahám o filozofických,

náboženských otázkách. Myšlení může být inkoherentní. Tento typ vzniká v období adolescence a rané dospělosti, tj. mezi 15 a 25 lety. Zasáhne rozvoj osobnosti v době, kdy se má vytvářet nová identita člověka. Nová identita se díky vypuknutí nemoci nevytvoří. Onemocnění se může jevit jako prohloubená a protahovaná puberta, která se projevuje nápadným šaškováním, klackovitým chováním neodpovídající věku. Halucinace bývají na rozdíl od předchozího typu spíše zrakové. Objevuje se porucha emočního prožívání, která se projevuje podrážděností, střídáním emočního vzrušení s depresí a strachem. Typická je i hypomanická nálada, která se projevuje nevhodným žertováním. Nemocní se chovají suverénně, jako by vše věděli nejlíp. Nápadné jsou mimické a pantomimické projevy.

3) Pro katatonní schizofrenii jsou typické 2 varianty nápadností v oblasti motorické aktivity:

- **Produktivní forma**

- nadměrná a nepřiměřená pohybová aktivita, paradoxní jednání. Může jít o celkově zvýšenou aktivaci.
- echolálie či echopraxie - nemocný stále opakuje slova, věty či pohyby

- **Stuporózní forma**

- celkové zpomalení či útlum motorické aktivity, ztráta vůle k jakékoli činnosti. Pacient se nehýbá, vydrží velice dlouho v jedné poloze, nemluví a na snahu aktivizovat jej reaguje s odporem. Nemocný je negativistický, reaguje-li, jeho reakce bývají paradoxní - opačné. Reaguje jako loutka - flexibilitas cerea, tj. vosková ohebnost. Objevují se hlasy, které mu zakazují jíst, mluvit apod. Nemocní bývají nevyzpytatelní.

4) Pro tento typ schizofrenie je typický plíživý vznik. Může se jevit jako porucha osobnosti s nápadnou leností, sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní nerespektují sociální normy, toulají se a zahálejí. Tráví celé dny v nečinnosti, jsou bez zájmu o cokoli. Bývají apatičtí, uzavírají se do sebe, izolují od

společnosti. Přestávají o sebe dbát, postupně upadají. Typická je sociální deteriorace (VÁGNEROVÁ, 2004).

2.1.4 Mýty o schizofrenii

K nepravdivým mýtům patří, že schizofrenie je nejhůře léčitelným duševním onemocněním s nevratnými změnami a chronickým průběhem. Nezasvěcení si myslí, že onemocnění postihuje osoby s nižším intelektem a v průběhu nemoci dochází k zhloupnutí nemocných. Nic z toho není pravda. Existují rozsáhlé psychoterapeutické a rehabilitační programy, nové léky s minimem vedlejších účinků, léčitelnost onemocnění se tedy stále zlepšuje. Jedná se o vážnou nemoc s tendencí k chronickému průběhu, ale vše záleží na včasnosti léčby a komplexním léčení (PRAŠKO aj. 2001).

Díky mýtům, které se tradují v běžné populaci dochází ke stigmatizaci. *„Stigmatizace duševně nemocných znamená, že je větší část společnosti vnímá jako víceméně homogenní skupinu, méněcennou, nebezpečnou“* (Mahrová, 2008, s. 130).

„Postoj k duševně nemocným je velmi ovlivněn iracionálními předsudky a malou informovaností veřejnosti o povaze duševních nemocí“ (ČAPZ, 2008). Někteří lidé i dnes považují duševně nemocné za nebezpečné, hloupé, líné, neschopné a dávají jim to najevo. Diagnóza tedy znamená na rozdíl od somatických onemocnění problémy – ztrátu zaměstnání, sociálních vztahů, obtíže se společenským zařazením atd. Osoby s duševní poruchou čelí vedle vlastního onemocnění ještě předsudkům veřejnosti. Důsledkem může být izolace a zhoršení stavu nemocného.

K prevenci stigmatizace psychicky nemocných nepřispívá ani zákon. *„Hlavní příčinou stigmatizace duševně nemocných v České republice je špatná legislativa. Zákon o péči o zdraví lidu 20/1966 Sb. v paragrafu 23 stanoví, že nemocného je možné převzít do ústavní péče bez jeho souhlasu, jen pokud osoba*

jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí". Ambulantní lékaři tedy nemají podle platného zákona právo navštívit a vyšetřit osoby, u kterých lze předpokládat, že trpí duševní poruchou, bez jejich souhlasu. *„V České republice schází zákonem upravená možnost preventivního vyšetření. Duševně nemocný člověk může být nedobrovolně hospitalizován, až když se začne schylovat (nebo skutečně dojde) k tragédii"* (ZÁVIŠEK, 2009, s. 21).

Tragické události by se nemusely stát, kdyby byl v České republice přijata legislativní úprava jako v řadě jiných států EU. Vzorem může být např. německá právní úprava, která říká, že lze-li důvodně přepokládat, že duševně nemocná osoba může ohrozit sebe nebo jiné lidi, je ambulantní lékař nejprve povinen takového člověka pozvat k vyšetření. Pokud se dotyčný nedostaví sám, má lékař povinnost navštívit jej v jeho obydlí a provést vyšetření i proti jeho vůli (ZÁVIŠEK, 2009).

2.2 Léčba schizofrenie

Léčba schizofrenie se oproti minulosti posunula dopředu. Průběh a vyhlídky díky moderním způsobům léčby podstatně lepší. V základě záleží na typu nemoci, spolupráci nemocného s lékařem a užívání předepsaných léků. Velmi důležitý pro dobrý průběh onemocnění je vliv rodinného a pracovního prostředí a životních událostí.

Léčba se liší podle fáze onemocnění a míry postižení:

- při akutních stavech se podávají léky
- k zabránění vzniku atak je nejdůležitější pravidelné užívání psychofarmak
- mezi akutními atakami v době zmírnění příznaků se využívají psychoterapeutické prostředky
- je-li pacient postižen spíše sociálně, pracovně, je-li invalidizovaný, dostávají přednost socioterapeutické metody léčby

Ve všech fázích má význam spolupráce s nejbližšími příbuznými. Důležitá je pružnost terapeuta, který by měl používat více než jednu léčebnou metodu (PRAŠKO, 2001).

2.2.1 Primární zdravotní péče

Rychlost nástupu nemoci, rodinné zázemí a reakce okolí mají značný vliv na to, jak prvotní setkání s psychiatrickou péčí probíhá. V době, kdy se u duševní onemocnění začíná projevovat, může další osud nemocného ovlivnit především jeho praktický lékař.

„Podle § 20 zákona o veřejném zdravotním pojištění primární zdravotní péči poskytuje pojištěncům jejich registrující lékař, kterým je i praktický lékař. Při převzetí do péče vyplní registrující lékař registrační list. Současně si vyžádá od předchozího registrujícího lékaře informace potřebné k zajištění návaznosti zdravotní péče“ (ČAPZ, 2008, s. 25). Úlohou praktického lékaře je tedy duševní poruchu vyloučit nebo při rozpoznání doporučit pacientovi návštěvu specialisty.

Höschl je toho názoru, že: *„Součástí péče o duševně nemocné je získávání informací z jejich okolí a práce s rodinou, s partnerem, se spolupracovníky (zaměstnavatelem). To od lékaře i od sestry vyžaduje zachovávat přísnou neutralitu a nevstupovat do žádné s koalic“* (c. d. ČAPZ, 2008, s. 25).

2.2.2 Ambulantní psychiatrická péče

Psychiatrická ambulance je často místem prvního kontaktu nemocného se systémem péče o duševně nemocné. Součástí ambulantní psychiatrické péče je základní diagnostika, farmakoterapie a základní psychoterapie. Pracuje s pacientem i s jeho rodinou. Pacienti jsou k ambulantnímu psychiatrovi většinou doporučováni svým praktickým lékařem. Faktorem, který ovlivní rozhodnutí pacienta vyhledat ambulantního lékaře, je vztah s rodinou. Velkou roli hraje strach ze stigmatizace. Výjimečné nejsou situace, kdy je pacient rodinou oklamán a pod různými záminkami jde

k psychiatrovi proti své vůli. Takovéto jednání, stejně tak jako komunikace s rodinou za zády pacienta, může postoj k psychiatrické péči na dlouhou dobu narušit (ČAPZ, 2008).

2.2.3 Hospitalizace

„Pokud je léčba postiženého ambulantní formou příliš zatěžující, jak tomu bývá při prudkých nebo déle trvajících krizích, je možná psychiatrická hospitalizace. Zpravidla lékař odesílá nemocného do nemocnice také tehdy, když díky psychotickým prožitkům dochází k ohrožení samotného pacienta nebo druhých. Psychiatrická oddělení poskytují intenzivní léčbu, kde kromě léčby léky hrají důležitou roli časté rozhovory pacienta s lékařem, psychoterapeutické aktivity a pracovní terapie. Psychiatrická oddělení jsou dnes zpravidla daleko lepší, než je jejich pověst v povědomí veřejnosti“ (PRAŠKO aj. 2001, s.29-30).

Pfeiffer je toho názoru, že hospitalizace by měla nastat jen v případě, že je duševní onemocnění tak závažné, že všechny dostupné služby nejsou schopny poskytnout nemocnému dostatečnou terapii a podporu (c. d. Rybové, 2008, s. 29).

Hospitalizace může být:

- **dobrovolná** – na doporučení lékaře v lůžkovém psychiatrickém zařízení dle místa bydliště. Pacient musí dát souhlas s hospitalizací.
- **nedobrovolná** – pokud soud nařídí ochrannou léčbu, pokud lékař usoudí, že je člověk nebezpečný sám sobě a svému okolí

Je-li pacient hospitalizován v době, kdy je v pracovním poměru, je uznán práce neschopným (BAYEROVÁ, 2008, s. 8).

2.2.4 Psychoterapie

V léčbě schizofrenie se uplatňuje psychoterapie jako jeden z léčebných prostředků. Jedná se o léčbu psychologickými prostředky. Psychoterapie poskytuje ochranný prostor, ve kterém se nemocný může projevit a vyjádřit, co

ho trápí. Psychoterapie pomáhá nemocným jak v době, kdy silně prožívají úzkost a strach, tak v době, kdy po odstranění příznaků hledají nový kontakt se světem. *„Psychoterapeut je lidským průvodcem, který svým pochopením umožní uklidnit se a postupně porozumět souvislostem“* (PRAŠKO aj. 2001, s. 33).

Syřišťová píše o schizofrenicích jako o neobyčejně citlivých a vnímavých ke každému projevu lhostejnosti a neúčasti ze strany terapeuta. Dovedou ale naopak postřehnout jeho zájem. Je důležité, aby terapeut uměl vstoupit do roviny pacientova myšlení a uměl se pohybovat v jeho imaginárním světě. *„Při psychoterapii schizofrenních pacientů je nutno se naučit současně pohybovat ve dvou rovinách, na úrovni normálního reagování a v rovině pacientova uvažování a chování a vystupovat přitom v mnoha rolích, což je většinou velmi náročné. Má-li mít psychoterapie u schizofrenika úspěch, nemůže psychoterapeut zůstat nezúčastněně mimo terapeutickou situaci, musí na ni participovat, být do ní vtažen, být na ní úplně zainteresován“* (SYŘIŠŤOVÁ, 1973, s. 141).

Principem psychoterapie je podporovat zdravé části osobnosti, které jsou přítomné. Rozlišujeme individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Základ může být v rozhovoru, umělecké práci, dramatizaci, psychogymnastice, hraní rolí nebo nácviku dovedností. Pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním.

Terapeut pomáhá nemocnému:

- porozumět tomu, co se děje
- oddělit zdravé prožívání od nemocného
- omezit, ohraničit a zmírnit nebo odstranit patologické prožitky
- znovuobnovit žebříček hodnot, protože psychóza zpravidla vede k jeho zásadním změnám nebo rozpadu
- podpořit a rozvinout vše zdravé
- nalézt znovu přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i ve svět kolem
- vytvořit pocit bezpečí, samozřejmosti a přirozené kontroly nad svým životem

Psychoterapie by se měla vždy přizpůsobovat individuálním potřebám klienta (DOUBEK aj. 2008). Jednání a projevy musí být pacientovi srozumitelné. Musí vzniknout pocit, že je pochopen. Pakliže se podaří získat pacientovu důvěru, je psychotikova závislost na nás intenzivnější než u neurotiků. Tato fáze má svá úskalí. Pacient má tendenci upnout se na terapeuta (SYŘIŠŤOVÁ, 1973).

„V oblasti skupinové psychoterapie psychóz máme velmi dobře fungující modely i u nás. Zvláště cenné jsou pětadvacetileté zkušenosti z opavské léčebny publikované v praktické příručce Ireny Stressové „Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi“ (KRATOCHVÍL, 2006, s. 249).

2.3 Prevence relapsu

Schizofrenie se vrací v nových epizodách nemoci – relapsech asi u 60%. Nejdůležitější je období prvních 9-12 měsíců. Epizody nevznikají náhodně, bývají vyprovokovány dalším nadměrným stresem, kterému je nemocný vystaven. Čím častěji dochází k relapsům, tím horší je prognóza onemocnění. Je tedy velmi důležité umět včas rozpoznat příznaky návratu nemoci, umět je včas zastavit a tím jim předcházet (JAROLÍMEK, 2006).

2.3.1 Schizofrenie a rodina

Spolupráce s rodinou při léčbě onemocnění je velmi důležitá. Vše záleží na komunikaci, toleranci rodiny a náhledu samotného klienta na onemocnění. Dle Jarolímka může pacient a jeho rodina ve spolupráci s odborníky udělat mnoho proto, aby k návratu nemoci nedošlo, či aby měl příznivější průběh. *„Nejúčinnějším mechanismem jak zastavit rozvíjející se relaps (návrat nemoci), je znalost tzv. prodromálních neboli varovných příznaků u konkrétního jedince“* (JAROLÍMEK, 2006, s. 15).

Praško píše o „budování atmosféry přijetí“ a důležitosti komunikace s nemocným. Příbuzní a známí často nevědí, jak se k nemocnému chovat či jak se chovat v krizových situacích. Praško zdůrazňuje, že jediné správné pravidlo

chování neexistuje (PRAŠKO aj, 2008). *„Měli bychom vždy něco vědět o dynamice konkrétní postižené rodiny, o vztazích a mýtech, které v ní panují, a z toho můžeme usuzovat, jak onemocnění některého z jejích členů zasáhne její funkci"* (KURZOVÁ aj. 2002, s. 123).

Rodiče a příbuzní by se měli snažit být co nejvíce trpěliví a tolerantní k projevům nemoci a nevyčítat je nemocnému, protože to není jeho vina. Nespokojenost by měli vyjadřovat přímo a předcházet tak napětí v rodině. Příbuzní mohou pomoci také tím, že sníží stresové situace okolo nemocného. Schizofrenik potřebuje jasné, zřetelné a srozumitelné údaje, aby jeho mysl nemohla propuknout ve zmatek (JAROLÍMEK, 2006).

Vágnerová uvádí, že: *„Potvrzení diagnózy schizofrenie působí na rodinu jako zátěž, resp. trauma, s nímž je nutné se vyrovnat"* (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 355). Na tomto tvrzení se shodnou všichni autoři. Jarolímek dodává, že reakce rodiny na sdělení diagnózy se podobá fázím vyrovnávání se se smrtí, které popsala psycholožka Kübel-Rossová (JAROLÍMEK, 2009, s. 17).

Jarolímek popisuje 2 extrémní přístupy rodinných příslušníků k pacientům:

1) hyperprotektivní chování
2) kritické chování

1) Při nadměrně ochranitelském chování přistupují rodiče a příbuzní k nemocnému jako k malému dítěti. Většinou po něm nic nepožadují, vyhovují jeho přání. Jsou přesvědčeni, že oni nejlépe vědí, co jejich potomek potřebuje a cítí a jednají ve všem za něj. Právě toto chování znemožňuje pacientovi, aby se stal zdravým a „svéprávným". Pacient se noří do pasivní závislosti na rodičích, která mu nevyhovuje, ale nedovede se z ní vymanit. Uvnitř něj se hromadí napětí, které ventiluje až propuknutím psychózy

2) Kritické chování je charakteristické výtkami a připomínkami na chování nemocného, související s jeho nemocí. Příbuzní dávají najevo nespokojenost

s jeho chováním. Obviňují jej z lenosti a schválností. Takovéto prostředí může být pro nemocného velmi nebezpečné, jelikož může vést k opětovnému zhoršení psychického stavu (JAROLÍMEK, 2006).

Lidz popisuje charakteristiky jednotlivých členů rodiny a jejich interakce:

Matky schizofreniků mají tendenci:

- nereagovat na potřeby dítěte
- být extrémně intrusivní (dotěrně vnikající), zaměňovat potřeby dítěte za své vlastní
- dávat rozporuplné verbální a emoční signály
- nerozpoznávat ego hranice, s poruchou „jáství“, kdy se snaží žít svůj život skrze děti
- jednou být příliš přísné, podruhé nedostatečně pevné

Otcové schizofreniků jsou často:

- nejistí ve své mužské roli
- s potřebou neustálého obdivu a povzbuzování
- lehce až středně paranoidní nebo paralogičtí

Rodiny schizofreniků:

- nemají jasně definované sexuální a generační hranice
- skýtají málo ochrany a emoční vřelosti
- ke všemu cizímu mají nedůvěru
- v rodinách jsou výrazné emoční boje
- rodiče bývají daleko více svázáni se svou vlastní nukleární rodinou než s rodinou, kterou sami založili
- často v rodinách existují patologické vazby rodič-dítě, které vytvářejí předpoklady pro neadekvátní osobnostní vývoj a sociální integraci

(c. d. Malé, 2005, s. 90).

2.3.2 Vztah a komunikace s pacienty s psychózou

Vágnerová uvádí, že: *„Příčinou odmítavého postoje k nemocným schizofrenií je jejich chování“* (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 355). Chování nemocného bývá většinou podivné, komunikace s ním je obtížná, neefektivní. Je tedy velmi těžké se do nemocného vcítit a porozumět mu. Takovéto jednání nemocného může vyvolávat v druhém bezradnost a pocity odporu, obav a ohrožení (VÁGNEROVÁ, 2004).

Nemocný má komplexy méněcennosti z nemoci a jeho sebevědomí je otřeseno. Jeho sebevědomí i zdraví je tedy nutno pomalu obnovovat. Posílení sebevědomí lze dosáhnout pomocí pochval a pozitivní podpory ze strany okolí (JAROLÍMEK, 2006).

Pěč definuje potíže týkající se lidských vztahů u schizofreniků jako problémy se „základní důvěrou“, blízkostí a závislostí. Hovoří o obtížích někoho potřebovat, neschopnosti unést ztrátu. Pracovníci by měli pracovat nejen s očekáváními a pocity pacientů, ale i se sebou a se svými problémy „ustát“ distorzi komunikace člověka s výraznými emočními obtížemi (PĚČ, PROBSTOVÁ, 2009).

„V komunikaci s klientem s psychotickým onemocněním se přizpůsobujeme jeho možnostem a projevům. Jinak jednáme s klientem, který je stabilizovaný, adaptovaný, jinak s klientem, který přichází v akutní krizi, v akutní atace, či je u něj již přítomný postpsychotický defekt osobnosti“ (MAHROVÁ aj, 2008, s. 127-128).

V komunikaci se schizofrenikem je velmi důležité naladit se na jeho způsob komunikace a držet jeho tempo. Někdy mohou být nedůvěřiví, vztahovační. Jindy navazují kontakt až přeochotně, zahlcují v komunikaci proudem slov. Klient může mít svou logiku vyprávění a neustále odbíhat k nepodstatným podrobnostem. K dalším projevům chybné komunikace patří fixace na některé věty, slova, situace a problémy. Podle Mahrové se musí

sociální pracovník obrnit „sloní trpělivostí“. Obsah komunikace může být ovlivněn narušeným vnímáním a prožíváním (MAHROVÁ aj, 2008).

2.3.3 Duševní nemoc a zaměstnání

Je třeba konstatovat, že: *„Z hlediska předpisů upravujících pracovně právní vztahy je třeba konstatovat, že náš právní řád nezná speciální úpravu pro osoby s psychickým onemocněním. Pokud jejich onemocnění dosáhne takového stupně, kdy omezuje nebo jinak ohrožuje jejich schopnost vykonávat soustavnou pracovní činnost, mohou získat, podle platných předpisů, statut osoby se zdravotním postižením“* (ČAPZ, 2008, s. 43). Zaměstnávání osob s duševním onemocněním není právně vhodně ošetřeno. Práce je však pro duševně nemocné velmi důležitá.

Práce brání sociální izolaci. Pracovní rehabilitace by měla být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností.

Může probíhat v následujících typech zařízení:

- Denní centra
- Klubová zařízení
- Chráněné dílny
- Přechodné zaměstnávání
- Podporované zaměstnávání

(MATOUŠEK aj, 2005).

3 SVÉPOMOCNÉ SKUPINY

3.1 Historie Svépomocných skupin

Bendl ve své práci *„Svépomocné aktivity u duševně nemocných“ hovoří o tom, že svépomocné skupiny začaly vznikat po roce 1990 a postupným vývojem se z nich stávaly právnické osoby. Vznikaly proto, aby sdružovaly občany stejně postižené, kteří měli zájem o kvalitu života i se svým handicapem. Ale nešlo jen o kvalitu života. Bylo třeba seznámit i laickou veřejnost s touto problematikou a také se dozvědět jak žijí psychicky nemocní ve vyspělých evropských státech“* (BENDL, 2002).

Svépomocné aktivity nejsou záležitostí moderního dneška. Holovčáková ve své práci uvádí, že se hnutí svépomocných a podpůrných skupin začalo objevovat ve 30. letech v USA. Vznikaly jako reakce na životní podmínky v industrializovaném světě. Za svépomocné skupiny v minulosti lze považovat některá profesní společenství, cechy, dobročinné spolky či odbory. Vznik svépomocných skupin byl na Západě motivován nespokojeností s tradiční sociální prací. Problém byl v odtažitosti a formálnosti, nedostatku vstřícnosti vůči zájmům a potřebám klienta (HOLOVČÁKOVÁ, 2008).

Matoušek dodává, že: *„svépomocné hnutí uživatelů péče je ve světě poměrně rozvinuté, u nás si hledá cestu k samostatnosti a nezávislosti“* (MATOUŠEK aj. 2005, s. 151). *„Předobrazem svépomocných skupin je svépomocná organizace anonymních alkoholiků (AA), která byla založena v roce 1939 v USA a v té době měla necelých 100 členů. V 80. letech 20. století se její působení rozšířilo do 115 zemí, kde bylo aktivních 68 tisíc skupin a čítali kolem 1,5 miliónu členů“* (HOLOVČÁKOVÁ, 2008, s. 10).

„LIGA PROTI RAKOVINĚ, SDRUŽENÍ RODIČŮ A PŘÁTEL DIABETICKÝCH DĚTÍ, ČESKÁ UNIE NEVIDOMÝCH A SLABOZRAKÝCH, DĚTSKÝ FOND SLOVENSKÉ REPUBLIKY, JOGOVÁ SPOLEČNOST, VÝBOR

DOBRÉ VŮLE, INICIATIVA OSAMĚLÝCH RODIČŮ, DÍTĚ V OHROŽENÍ, ČESKÁ SPOLEČNOST PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, LIGA ZA PRÁVA VOZÍČKÁŘŮ, SVAZ ABSTINENTŮ, SDRUŽENÍ RODIČŮ DĚTÍ LÉČENÝCH RŮSTOVÝM HORMONEM, VENUŠE KLUB, LEGA, CHARTA 80 – to jsou jenom některé z příkladů nově se rodící svépomoci a dobrovolnosti, jež začala vzkvétat po listopadové revoluci" (BÚTORA, 1991, s. 108).

Dle Skály: *„Z poválečných klubů se do historie úspěchu nejvýrazněji zapsal pražský KLUS (Klub usilujících o střízlivost) Apolinář, založený 3. února 1948, pravděpodobně nejdéle působící odborně vedený klub (fungující bez přestávky) v Evropě"* (c. d. Bútory, 1991, s. 206). Právě Skála se u nás jako první zasloužil o sdružování pacientů a absolventů léčby. Navázal kontakt s americkou skupinou Anonymních alkoholiků a založil KLUS.

Ke svépomocným skupinám v České republice patří Česká společnost pro duševní zdraví a Kolumbus (MATOUŠEK aj. 2005). Praško uvádí sdružení rodičů Sympathea, poradenská centra VIDA. U nás zatím svépomocné skupiny příliš rozšířené nejsou (PRAŠKO aj. 2005).

Carling píše o tom, že svépomocné organizace mají ve svých programech podporu práv klientů, snaží se ovlivňovat kvalitu služeb i organizování volnočasových aktivit. Pokud je podle Carlinga uživatelům umožněno podílet se na rozhodování o programech, financích a pokud mohou definovat svůj vliv a možnost kontroly ve vztahu k profesionálům, je tu šance, že se naučí kontrolovat i své životy (c. d. dle Matouška, s. 151).

Je třeba zmínit, že svépomocné skupiny vznikly jako reakce na systém nedostatečné péče. Dörner píše o potřebě zdokonalení systému na základě oprávněných potřeb klientů. Na druhé straně uvažuje autor nad otázkou dokonalého fungování systému péče. Píše o tomto problému: *„Čím lépe funguje systém péče, tím více se osamostatňuje vůči potřebám a tím hůře se lidé, kteří jsou v něm jednou lapeni, této péče zbavují, hůře se „napravují" a hůře ho opouštějí"* (DÖRNER, PLOG, 1999, s. 276).

Bendl uvádí, že je dnes evidováno zhruba na 20 svépomocných skupin s různou právní subjektivitou. Větší počet těchto skupin pracuje pod určitým sociálním zařízením jako je Fokus, denní stacionář, léčebna či nemocnice atd. Asi 5 organizací má vlastní právnickou subjektivitu a jsou zcela samostatné (BENDL, 2002).

3.2 Charakteristické rysy Svépomocných skupin

Svépomocné skupiny vznikají z iniciativy nemocných a jejich blízkých. Odborníci činnost svépomocných skupin vítají (PRAŠKO aj. 2005).

Vymětal charakterizuje svépomocné skupiny jako zvláštní formu skupinové práce, mající silný terapeutický náboj. Podle Vymětala: *„Jde o hnutí, které tvoří přechod mezi přirozenou a uměle sestavenou skupinou, neboť si je vytvářejí a řídí klienti sami, bez asistence, pomoci či vedení odborníků. Tento způsob vzájemné pomoci laiků mezi sebou je v západních zemích nesmírně rozšířen a představuje pozitivní sociální fenomén poukazující k emancipaci člověka i k proměně v chápání vztahu odborník-laik“* (VYMĚTAL, 2004, s. 70).

Killileová identifikovala 7 charakteristik svépomocných skupin:

1) společná zkušenost členů
2) vzájemná pomoc a podpora
3) uplatňování tzv. „principu pomáhajícího“
4) „přidružování se“
5) Kolektivní vůle, energie a víra
6) Význam informací
7) Konstruktivní jednání ve vztahu k cílům

(c. d. Bútory, 1991).

Yalom popsal 11 terapeutických faktorů ve skupinové psychoterapii. Faktory se uplatňují i ve svépomoci. Jsou to: 1. dodávání naděje, 2. jedinečnost,

3. zprostředkování informací, 4. altruismus, 5. korektivní rekapitulace situace v primární rodině, 6. základní sociální dovednosti, 7. imitační chování, 8. interpersonální učení, 9. skupinová sounáležitost, 10. katarze, 11. existenciální faktory (c. d. Kurtz, 1997, s. 17-18).

Dle Praška je výhodou svépomocných skupin možností sdílet starosti, radosti, postesknout si, navzájem si poradit a podporovat se. Jako nejdůležitější faktor svépomoci uvádí pocit vzájemného pochopení. Možnost řešení problémů, které účastníci nemohou s nikým jiným řešit a nemají se komu svěřit je osvobozující a podporující. Ostatní lidé by se nemocným mohli vysmívat a otáčet se k němu zády. Nemocný ví, že ve skupině dostane podporu a pomoc, kterou potřebuje. Jde o atmosféru bezpečí, kterou klient ve svém okolí nenachází a přijetí ostatními účastníky napomáhá lepšímu zvládání problémů a sdílení starostí (PRAŠKO aj. 2005).

Dle Glazera je jedním z charakteristických aspektů svépomocných skupin „sebepostiženost" členů. Osoba, která prošla totožnou zkušeností, má i klíčovou roli v pomoci ostatním. *„Kdo pomáhá druhým – pomáhá sobě",* tak zní často heslo skupin (c. d. Bútory, 1991, s. 38).

Matoušek uvádí důležité aspekty svépomoci: *„možnost sdílet pocity, vidět jiné v modelových rolích, možnost identifikace s úspěšnými vrstevníky, překonávání izolace"* (MATOUŠEK aj. 2005, s. 151). Svépomoc umožňuje nahlédnutí do vlastní nemoci, vyrovnání se s nemocí a dodává sílu do vlastního života (BENDL, 2002).

To vše může mít význam při zdolávání vnitřních bariér klienta. Sociální pracovník může na žádost skupiny pomoci např. při žádosti o grant, přípravě kurzu apod. Budeme-li hovořit o postavení sociálního pracovníka v souvislosti se svépomocnými skupinami: „je tato činnost spojena s neustálou reflexí své role, s prověřováním její flexibility i schopnosti být nápomocen, ale i s testováním schopnosti ponechat klienty, aby o sobě rozhodovali sami" (MATOUŠEK aj. 2005, s. 152).

Nesmím opomenout zde uvést důležité myšlenky z knihy Bútory: *„Nejlepší způsob, jak se něco naučit, je učit to někoho jiného“, „Ten, kdo pomáhá, vnímá sebe sama jako méně závislého“, „V souboji s problémem někoho jiného má možnost pozorovat i svůj vlastní problém z náležitého odstupu“, „Pomáháním jinému získává pocit společenské užitečnosti“* (BÚTORA, 1991, s. 41).

Antze připomíná, že vedle základních sociálně psychologických procesů (zpověď, katarze, vzájemná identifikace, odstraňování pocitu stigmatizace) pomáhá účinnosti skupiny specifická *„ideologie“, „učení“, „systém pouček“*, uctívaný veterány skupiny jako „systém uzdravování“. Příklad ideologie může být 12 kroků a 12 tradicí Anonymních alkoholiků či „desatero“ docenta Skály, určené vyléčeným alkoholikům (c. d. Bútory, 1991, s. 41).

Klady a zápory svépomocných skupin:

Klady

- jsou partnerem poskytovatelům služeb na úrovni plánování, hodnocení a ve spolupráci při pomoci duševně nemocným v jejich těžkostech
- jde o demokratické zapojení uživatelů péče do správy věci
- podílejí se na efektivitě poskytovaných služeb a to tak, že se snaží služby poskytovat ve správný čas a na správném místě
- ve spolupráci s odborníky se snaží nabízet kvalitní služby

Zápory

- přetížení samotných aktivistů a následná hospitalizace
- ztráta soustředěnosti a následně úpadek motivace klienta
- malá odbornost a nedostačující možnost ji získat
- špatné finanční zázemí, které může vést k zániku skupiny

(BENDL, 2002).

Bútora rozděluje ve své knize úskalí svépomoci na vnější a vnitřní rizika.

vnější rizika:

1) náhrada, alibi
2) odvracení pozornosti
3) svépomoc jako přepych, jako výsada
4) svépomoc jako donucující nevyhnutelnost
5) eskapismus, privatizace, romanizace svépomoci
6) patologické formy vzájemné svépomoci
7) zneužívání svépomoci
8) apendix
9) podkopávání principů svépomoci materiální podporou
10) negativní postoje vůči profesionálům
11) nepřiměřené napodobování profesionálů
12) svépomoc jako vizitka, reprezentace profesionálů
13) odkazování od svépomoci jako projev profesionální nechuti nebo rozpaků

vnitřní rizika:

1) byrokratizace
2) fragmentarizace, partikularismus
3) sektářství, spasitelství, elitářství
4) posilování závislosti
5) stigmatizace
6) absolutizace
7) zneužívání svépomoci některými účastníky
8) prostor pro nevhodné nebo patologické sdružování
9) nerovnost v uplatňování svépomoci
10) nenáležité nebo nedostatečné fungování, rigidnost
11) přenechávání životních starostí expertům, coping místo living
12) rozdvojený étos

(BÚTORA, 1991, s. 88-99).

3.3 Účel Svépomocných skupin

Cílem svépomocných skupin je sdílet radosti a starosti, ale také prosazovat společné zájmy. Může se jednat o změny poskytované péče psychicky nemocným či prosazování změn v zaměstnávání psychicky nemocných. Svépomocné skupiny mají velkou sílu, což dokládá fakt, že se jedná o hnutí s velkou tradicí v USA. Skupiny pořádají různé společné akce, na kterou zvou odborníky, aby přednášeli o tématech, která se týkají duševně nemocných a která je zajímají. Členové se aktivně podílí na řešení problémů, kromě toho také připravují s odborníky informace o nových postupech či změnách v oblasti legislativy (PRAŠKO aj. 2005).

„Psychiatrické léčebny jsou dalším problémem, které duševně nemocné trápí. V ne každé léčebně je zajištěn kvalitní pobyt a léčba. To je další úkol pro některé svépomocné skupiny, které jsou přímo zaměřeny na pomoc klientům, kterým se nedostává kvalitní péče v léčebně. Dnes už máme v psychiatrickém světě vlastní celorepublikovou organizaci, která se výhradně zaobírá problematikou léčeben a dodržováním lidských práv v těchto zařízeních. Zároveň tato organizace vystupuje na mezinárodních konferencích, neboť její členové jsou jazykově vybaveni. Řešení těchto problémů v této oblasti chybělo. Jak se práce této mladé organizace bude dařit závisí na pochopení ze strany odborníků, na zdravotním stavu samotných aktivistů, kteří jsou psychicky handicapovaní. Ale i toto je jedna z cest pomoci druhým a vlastní seberealizace. Zároveň zde mohou být uplatněny běžné lidské vlastnosti, schopnosti a dovednosti nabité nejen před onemocněním ale i během nemoci“ (BENDL, 2002, s. 10).

Využití zbytkového pracovního potenciálu je dle Bendla velice těžké, neboť na běžném pracovním trhu není o lidi s psychickým handicapem zájem. *„Je to způsobeno především malou informovaností veřejnosti o problematice duševní nemoci a zcestnou představou veřejnosti o této problematice. Dalším faktorem proč není o tyto občany na trhu práce zájem je, že většinou působí nespolehlivě, zejména v pravidelné docházce, jelikož je silně narušena jejich*

vůle. Při vlastním pracovním procesu však dokáží pracovat zodpovědně. Lidé takto postižení si toto uvědomují a proto se snaží najít uplatnění ve svépomocných skupinách, kde si mohou najít svoji parketu, ve které se pracovně vyžijí. Zde se seberealizují a uspokojí i svoji potřebou pomáhat druhým. Přitom využijí svých životních zkušeností z nemoci, z běžného života či pobytu v některé psychiatrické léčebně" (BENDL, 2002, s. 7).

3.4 Jak Svépomocné skupiny pracují

Práce ve skupině je jedna z forem léčby duševně nemocných. Podle Bendla se jedná o lidi, kteří *„chtějí dělat něco pro sebe, pomáhat druhým, mají zájem o dění kolem sebe a těžký osud druhých jim není lhostejný"* (BENDL, 2002, s. 10).

S názorem tohoto autora se plně ztotožňuji. Duševně nemocným poskytují Svépomocné skupiny útočiště a zároveň pro ně představují možný zdroj seberealizace. Členům Svépomocných skupin je umožněno trávit čas s lidmi stejně handicapovanými a rozvíjet své schopnosti. Skrze pomoc druhým se klienti realizují, což přispívá ke zkvalitnění jejich života.

Ze své zkušenosti s klienty z OS ŠELA a TK MÝTO vím, že různorodá činnost klientům velmi pomáhá a umožňuje jejich seberealizaci. Klienti OS ŠELA se např. zabývali výrobou svíček, které později prodávali na několika prodejních místech v Kolíně. Stejným způsobem se zapojují klienti TK MÝTO do společného „chodu komunity" tím, že batikují trička, která prodávají. Dále se klienti mohou realizovat v dílně, či při jiných aktivitách v domě.

4 SVÉPOMOCNÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ŠELA

4.1 Založení svépomocné skupiny

Svépomocné občanské sdružení Šela vzniklo s cílem sdružovat příbuzné a přátele osob s duševním onemocněním. Název zní: „Občanské sdružení ŠELA – svépomocné sdružení rodičů, příbuzných a přátel osob s duševním postižením“. Jedná se o nestátní neziskovou organizaci. Sdružení založila matka duševně nemocného syna. Název vznikl ze jména syna iniciátorky.

Sdružení založila spolu s ostatními rodiči pí. Eva Tichá koncem roku 2003 v Kolíně. Zaregistrování proběhlo 19.5.2004. Cílem činnosti sdružení je podíl na odstranění diskriminace a stigmatizace osob s duševním onemocněním. Záměrem je předcházet sociální izolaci klientů. Na začátku stálo rozhodnutí pomoci jak nemocným, tak jejich blízkým.

Dalším z důvodu založení bylo navázání kontaktu s místní samosprávou, šíření informací o nemoci mezi veřejnost. Základem je předávání a výměna zkušeností, poznatků s nemocí mezi rodiči a příbuznými klientů. Městu Kolín, stejně jako dalším malým městům, chybí následná péče o pacienty po propuštění z ústavního léčení. K dispozici není ani komunitní péče.

Hlavním mottem při zakládání sdružení bylo: „Nechceme, aby naši blízcí strávili život za branami psychiatrických léčeben a ústavů. I lidé s duševním onemocněním mají svá práva, přání a tužby.“

Základním cílem při založení sdružení byla integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti, zmírnění stigmatizace duševně nemocných a zlepšení informovanosti společnosti o této problematice. Dalším cílem bylo zkvalitnění léčebných, edukačních a sociálních služeb v oblasti duševního zdraví.

4.2 Vývoj Občanského sdružení Šela

Během roku 2004 se Šele podařilo oslovit rodiče, přátele a příbuzné duševně nemocných v Kolíně a okolí. Sdružení navázalo kontakty s dalšími neziskovými organizacemi a představilo se místní samosprávě. Důležité bylo hledat podporu pro svoji činnost i mezi psychiatrickými lékaři, což se sdružení podařilo. Náplň činnosti, kterou si sdružení na začátku definovalo, byla splněná.

První neformální setkání rodičů se konalo 19.2.2004 v Kulturním domě v Kolíně. Setkání se zúčastnilo 14 rodičů a příbuzných a o založení sdružení byl zájem. 19.5.2004 byla služba zaregistrována na Ministerstvu vnitra a 16.5.2004 se konala v Ovčárech první zakládající schůzka, kde byl zvolen výbor Šely.

Na počátku roku 2005 vyhlásila automobilová firma TPCA grant „Partnerství pro Kolínsko“. Sdružení podalo společně s o.p.s. Sympathea, po uzavření smlouvy o partnerství, žádost o grant. Projekt nesl název „Rozvoj organizace příbuzných duševně nemocných“ a hlavní náplní byl rozvoj Šely.

V prosinci 2005 zakoupili počítač, podařilo se jim zdarma připojit na internet, zakoupili mobilní telefon a získali zdarma kredit 1000 Kč. To vše posunulo organizaci o krok dál.

Od 1.1.2006 měla Šela pronajatou místnost v Kolíně, kam přenesla svoje sídlo. „Malé komunitní centrum“ bylo využíváno každé pondělí dopoledne pro schůzky rodičů a ve čtvrtek odpoledne se místnost využívalo pro setkávání Klubu Pohoda, který byl určený pro klienty s duševním onemocněním.

Hlavním cílem v roce 2007 bylo rozšíření a zkvalitnění služeb. Sdružení pořádalo mnoho akcí – výlety, přednášky. V listopadu měla přednáška účast 35 lidí. V roce 2008 bylo v plánu především pokračování v činnosti klubu Pohoda pro klienty i Malého komunitního centra pro rodiče a blízké klientů. Sdružení se přestěhovalo do vhodnější místnosti, která umožňovala i další využití. Dalším krokem bylo realizování několika přednášek a vzdělávacích akcí pro veřejnost a

i pro potencionální zaměstnavatele. Tyto akce přispějí zlepšení informovanosti veřejnosti a postupnému odstranění stigmatizace a sociální izolace klientů.

Ke zviditelnění organizace a zlepšení edukační aktivity přispělo i občanské sdružení Fokus. Cílem je v budoucnosti vybudovat chráněné bydlení a podporované zaměstnávání lidí trpících schizofrenií či jinými duševními chorobami. Šela se účastní Komunitního plánování v Kolíně. Za pomoci Šely vznikl „Sborník sociálních služeb v Kolíně".

Sdružení se představilo vedení města Kolína. Šele se také podařilo navázat kontakty s místním tiskem v souvislosti se zveřejňováním termínů přednášek. Prostřednictvím tisku se tedy o sdružení dozvídají další rodiče a příbuzní a tím přibývá nových aktivních členů. Šela založila společně s dalšími sdruženími rodičů občanské sdružení SPDN ČR – „Sdružení pomoci duševně nemocných ČR" s cílem prosazovat potřeby a delegovat práva duševně nemocných, a to zejména změnou legislativy.

Každá činnost má svá úskalí. I činnost Šely ztroskotávala postupně na různých úrovních. Největším problémem byl nedostatek financí. Dalším problémem byla neochota příbuzných a rodin duševně nemocných něco dělat. Vysvětlení může být takové, že se jedná především o rodiče, kteří jsou starší a žijí v jakési iluzi toho, že se o ně postará stát. Očekávají pomoc zvenčí, jako tomu bylo v minulém režimu.

4.3 Poslání svépomocné skupiny

Vizí Šely bylo: „Iniciovat rozvoj sociálních služeb pro občany: s duševním onemocněním, kteří nemohou dostatečně uspokojovat své bio-psycho-sociální potřeby z důvodu vzniku nemoci; pro občany s psychosociálními obtížemi /bez diagnózy/; pro občany, kteří se ocitli v psychosociální krizi, tzn. lidé v takové životní situaci, kdy jejich možnosti a schopnosti řešení selhávají nebo jsou nedostatečné."

Motto, které vypovídá o filosofii svépomocných skupin a využívá ho ke své prezentaci i Šela je: „Kvalitní služba je ta, kterou beze strachu nabídnete své rodině či sám sobě."

Hlavním posláním sdružení je pomáhat lidem s duševním onemocněním při integraci do majoritní společnosti a sdružovat rodiče, příbuzné a přátele osob s duševním onemocněním. Cílem je hájit práva a zájmy duševně nemocných, zlepšovat informovanost veřejnosti, zaměstnavatelů.

Klienti, příbuzní, známí a přátelé duševně nemocných se sdružují především proto, aby pomohli v boji proti stigmatizaci duševně nemocných a jejich rodin, podporovali svépomoc, napomohli v odstranění diskriminace a sociálního vyloučení. Důležité je zrovnoprávnění podmínek, prosazování práv na rehabilitaci, práci a bydlení, odstranění sociální izolace psychicky nemocných, zkvalitnění psychiatrické péče a zapojení se do ní.

Cílem je integrace klientů do společnosti ve všech oblastech života, dodržování práv pacientů v oblasti zákona o zdraví a ostatních právních předpisů. Zajišťování těchto cílů uskutečňuje sdružení ve spolupráci s vedením léčebných psychiatrických zařízení, lékařskou komorou ČR, s příslušnými lékařskými, psychoterapeutickými a správními orgány.

Na Kolínsku a Kutnohorsku neexistuje systém sociální pomoci lidem s duševním onemocněním a jejich blízkým. Tento nedostatek se snaží sdružení vyřešit tím, že kontaktuje klienty prostřednictvím jejich rodin, mapuje jejich potřeby, vyhledává lidi nebo organizace, které jsou ochotny tyto služby zřídit a zajistit jejich rozvoj na vysoké profesionální úrovni.

4.4 Hlavní náplň činnosti OS ŠELA

Hlavní náplní sdružení je, jak jsem již uvedla, oslovovat co nejširší okruh rodičů, známých, odborníků pracujících v oblasti psychiatrie a místní správu či instituce, které by měly zájem jejich činnost podporovat. Jedná se o schůzky a

návštěvy místních ambulantních psychiatrů a navazování kontaktů s Odborem zdravotní a sociální správy na Městském úřadě v Kolíně.

„Malé komunitní centrum“ slouží jako svépomocná poradna rodičů nemocných. Dle rodičů je nejdůležitější zmapovat situaci v kolínském regionu, kde velmi chybí další možnosti, aby klienti mohli využívat následné služby po pobytu v léčebně. Důležité je zjistit a zaměřit se na jejich potřeby, přání a možnosti, které by jejich život s touto chorobou ulehčovaly a pomáhaly jim zařazovat se do běžného života. Rodiče vidí možnosti v navazování kontaktů s dalšími rodinami, kde se duševní onemocnění projevilo. Chtějí se seznamovat s jejich starostmi, vyměňovat si zkušenosti se zvládáním ataků a relapsů, vzájemně se vyposlechnout, sdílet zkušenosti. Dle rodičů nemocných: „Kdo nejvíce trpí, a má nejvíce zkušeností s nemocí, je rodina“.

Druhým záměrem Šely je vybudovat kontaktní a informační centrum, případně vytvořit klub pro rodiče. Iniciátorka založení sdružení hovoří o klubu takto: „Bylo by to místem, kde by se mohli setkávat, vyměňovat si zkušenosti, prožitky nebo jenom si neformálně popovídat a posedět nad šálkem lahodného čaje a kávy. Informační centrum by mělo sloužit jako útočiště pro rodinné příslušníky i pro pacienty. Odborně vyškolení pracovníci by zde podávali informace z oblasti zdravotní péče, sociálních služeb a oprávněných nárocích duševně nemocných“.

Rodinám a pacientům často chybí informace o novinkách v psychiatrii, nových způsobech léčení, nových lécích, právních předpisech, o souběhu důchodů a pracovního zařazení. Svépomocná skupina vychází z toho, že: „Důležité také je, aby se rodina a pacienti necítili poznamenaní nemocí, protože v dnešní uspěchané době duševních chorob přibývá a většinou postihují hlavně mladší lidi v produktivním věku“.

4.5 Metodiky práce, služby a činnosti

Ještě do nedávné doby nebyla Šela registrována jako sociální služba. Se změnou Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. došlo k tomu, že Šela nemůže fungovat samostatně a proto, aby mohla být registrována, se má přidružit k nějaké větší organizaci. Jelikož sdružení spolupracovalo již od založení s občanským sdružením Fokus, převzal Fokus sdružení pod své jméno. Sdružení do té doby fungovalo na základě dobrovolné práce. V letech 2005-2006 pořádalo hlavně vzdělávací akce – odborné přednášky psychiatrů a psychologů. Mezi členy nalezneme i několik psychiatrů a lékařů, kteří jsou garanty kvality.

Šela spolupracuje s o.p.s. Sympathea – celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných, která vznikla jako obecně prospěšná společnost v roce 2003 v Praze. Dalším významným partnerem je Psychiatrická Léčebna v Havlíčkově Brodě – především MUDr. Zemanová.

(Ve sdružení se během tvorby mé práce změnily podmínky a zakladatelka vzhledem k tomu, že nesouhlasila se způsobem vedení a jednání představitelů Fokusu, odstoupila. Bylo proto velmi těžké sehnat jakékoli informace. Informace jsem získala z rozhovoru se zakladatelkou sdružení, použila jsem informace z práce Holovčákové.)

5 KASUISTIKY

5.1 Kasuistika pana XY

Ke zpracování první kasuistiky jsem si vybrala pana XY, protože jeho případ je velmi dobrou ukázkou toho, jak může svépomocná skupina pomáhat. Pan XY řešil ve svém životě neúspěch na několika úrovních. Nejvíce mu svépomocná skupina pomohla s vyřešením finanční situace a bytové situace. Pan XY se obrátil na svépomocné sdružení několikrát s bytovou problematikou, kterou mu sdružení pomohlo vyřešit. U pana XY je problém v tom, že nedodržuje léčbu a požívá alkohol, což ztěžuje vyřešení případu. Poskytuji 2 pohledy na případ klienta XY. Při zpracování kasuistiky jsem vycházela z vlastní zkušenosti s klientem, z rozhovoru s Mgr. Vlastou Sysalovou, která vede klub Pohoda, kam klient XY dochází, Osobního listu klienta a záznamů ze služby. Informace o přesné diagnóze jsem bohužel neměla k dispozici.

1 PRVNÍ ETAPA: SOCIÁLNÍ EVIDENCE

1.1 Základní údaje o klientovi

Pan XY narozen 1948 je vdovcem. Je vyučený soustružník. Dříve pracoval jako chemik v místním podniku. V současnosti je již několik let kvůli své diagnóze v plném invalidním důchodu. Informace o OS Šela respektive o klubu Pohoda získal od své dcery a ošetřujícího psychiatra. Na jejich podnět navštívil sdružení.

1.2 První kontakt s klientem

První návštěva v klubu proběhla v trochu tísnivé atmosféře. Pán byl zpočátku trochu nesmělý a zamlklý. Domníval se, že sezení v klubu bude podobné terapeutickým aktivitám, které probíhají v psychiatrické léčebně. Klub se rozhodl navštívit proto, že chce „být mezi lidmi“. Po několika návštěvách

opadly jeho počáteční obavy a nedůvěra a postupem času se stal pevnou součástí klubu Pohoda.

2 DRUHÁ ETAPA: DIAGNOSTICKÁ

2.1 Sociální anamnéza

2.1.1 Situace po prvním kontaktu

První návštěva sdružení udělala na klienta dojem. Klient získal důvěru a klubu navštěvuje pravidelně. Dle svých slov se na pravidelné schůzky velmi těší a považuje členy klubu za pevnou součást svého života. Během jednotlivých návštěv se značně otevřel a často na schůzkách probírá velmi osobní záležitosti. Do klubu Pohoda začal chodit na jaře roku 2007.

2.2 Celková sociální situace

Pan XY má syna, dceru a několik vnoučat. Rodinné poměry bohužel neznáme. Velkým problémem pro pana XY bylo vyrovnat se se smrtí manželky. Po smrti manželky se jeho stav zhoršil a byl několikrát hospitalizován. K zájmům pana XY patří četba, dále sbírá staré odznaky.

2.3 Osobní anamnéza

Pan XY trpí onemocněním schizofrenie. Léčí se s DM. U klienta se objevuje nadměrná konzumace alkoholu, která může být v kombinaci s léky nebezpečná. Alkohol užívá klient jako dekompenzaci diabetu. Klient trpí úzkostmi. Naposledy byl hospitalizován před 1,5 rokem, kdy po smrti jeho ženy došlo k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu. Pan XY se léčil na psychiatrii v minulosti již několikrát. Poslední hospitalizaci předcházelo několikaleté období bez větších projevů duševního onemocnění. Ne všechny informace od klienta mají reálný základ. **Klient ví, že má problém v hospodaření s penězi a chce se do budoucna naučit s nimi hospodařit.** Klient se velmi obává osamělosti a bezmoci.

2.4 Terapeutický rozhovor

Tento člen svépomocné skupiny si stěžuje na malý zájem dětí o jeho problémy. Stěžuje si na syna, že ho chce připravit o peníze. Dcera prý nemá zájem mu pomáhat. Společně se ve skupině snaží najít cestu, která by vedla ke sblížení rodiny. Uvítal by častější kontakt s dcerou a vnoučaty. V současné době se cítí poměrně dobře. Je schopný se o sebe postarat(zvládá vaření, s úklidem v domácnosti vypomáhá kamarádka). Radostí pro tohoto pána je pes, kterého si obstaral a částečně mu nahrazuje blízkou osobu. Péče o psa je dobrou terapií, zaměstnává ho a částečně ho odvádí od palčivých myšlenek.

3 TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 Socioterapeutický plán

3.1.1 Krátkodobá urychlená pomoc

Aktuálním problémem klienta je nedostatek finančních prostředků nutných pro zajištění důstojného života. V době, kdy u něj propukla ataka duševního onemocnění si vzal několik půjček, a nyní po zaplacení všech dlužných částek mu zbývá jen velice málo peněz na základní potřeby. Na jednotlivých schůzkách se s tímto problémem svěřuje a společně se snaží nacházet přijatelné řešení. Podařilo se najít lehkou manuální domácí práci pro klienta, a to montáž součástek pro plynové potrubí, čímž si tak částečně mohl vylepšit svou tíživou finanční situaci. Bohužel v současné době již firma nedodává žádnou práci a nedaří se mu najít podobnou pracovní příležitost.

Tento pán měl v plánu vyměnit byt, ve kterém žije. Společnými silami se podařilo pána odradit od dosti riskantního plánu s výměnou bytu. Podmínky výměny byly nastaveny v jeho neprospěch. Díky občanskému sdružení Šela se podařilo dostat Pana XY z dluhů a podařilo se také nějakým způsobem jeho finanční situaci urovnat. Stejně tak jako pomohlo sdružení tomuto Panu XY, pomáhá spoustě dalším a proto si myslím, že má svůj smysl a velký význam. V životech klientů má určitě značný význam.

3.1.1 Dlouhodobá pomoc

Svépomocné sdružení dlouhodobě pomáhá panu XY s poradenstvím a vedením v oblasti financí. Klient stále není schopen rozvrhnout si finance tak, jak by potřeboval ke spokojenému životu. Dle mého názoru by se u případu pana XY nejvíce uplatnila práce případového managera, který by udělal podrobnou analýzu případu a navrhl kroky přispívající k dalšímu řešení situace pana XY. Case manager by sledoval případ klienta dlouhodobě a měl by větší možnosti vést klienta k tomu, aby se naučil hospodařit s financemi a tím zlepšil svou životní situaci. Bohužel případový manager ve svépomocné skupině v současné situaci není. Metoda case managementu by v tomto případě byla nejvhodnější.

3.2 Konečný strukturovaný program sociální pomoci

Řešením by pro tohoto klienta by case manager, který by sledoval jeho případ podrobněji, než je to možné ve sdružení.

5 PÁTÁ ETAPA: OVĚŘOVÁNÍ VÝSLEDKU

5.1 Pozitivní výsledky

Jak klient sám uvádí: „Je velmi rád, že může navštěvovat klub Pohoda, říká, že ho „drží při životě“. Se svépomocnou skupinou je nadmíru spokojen. Stejně tak tomu je s chováním obou žen, které jsou v organizaci činné. V budoucnu by uvítal chráněné pracoviště a vylepšil by prostory pro setkávání.

5.2 Nedostatky léčby, její neúspěch, příp. negativní jevy

Klient se stále nenaučil hospodařit se svými financemi. Sdružení se snaží nepřebírat za klienta zodpovědnost. Klient dělá pokroky, avšak finanční situaci stále ještě nemá zcela „ve svých rukou“.

5.3 Poučení z případu

Myslím si, že tento případ je ukázkou toho, že sdružení klientům pomáhá nejen sdílet jejich problémy a trápení, ale také řešit těžkosti, týkající se financí a běžných věcí, které klienti sami jen těžko zvládají. Pokud klient nemá oporu v rodině a nemá vybudované zázemí, nachází bezpečí a pomoc ve sdružení.

5.2 Kasuistika slečny Aničky

Ke zpracování další kasuistiky jsem si vybrala Aničku. Při zpracování kasuistiky jsem vycházela z rozhovoru s klientčinou maminkou, která se zároveň angažuje ve sdružení. Osobní zkušenost s klientkou nemám, jelikož motivaci k návštěvám klubu je bohužel nízká. Nedostatek motivace je dle mého názoru způsoben odlišnou věkovou kategorií členů klubu. V této kasuistice nabízím pohled očima rodiče duševně nemocné dcery. Případ slečny Aničky je velice zajímavý, vzhledem k tomu, že jde o mladou klientku a k atace nemoci došlo v Anglii, kam odjela.

1 PRVNÍ ETAPA: SOCIÁLNÍ EVIDENCE

1.1 Základní údaje o klientovi

Aničce je 23 let. Vždy byla velmi komunikativní a měla radost ze života. Klientka se věnovala sportu a malbě. Navštěvovala 9 let ZUŠ – Výtvarný obor. Anička je vyučená kadeřnice. Ataka propukla v 19 letech. Sdružení klientka navštívila díky matce. Nyní pobírá PID.

1.2 První kontakt s klientem

Kontakt s klientem neproběhl. Klientka nedochází do sdružení. Osobně jsem byla v kontaktu jen s klientčinou maminkou.

2 DRUHÁ ETAPA: DIAGNOSTICKÁ

2.1 Sociální anamnéza

2.1.1 Situace po prvním kontaktu

Kontakt neproběhl.

2.1.2 Celková sociální situace

Anička má mladšího a staršího bratra. S rodiči měla během dospívání dobrý vztah. Než došlo k propuknutí nemoci, začali rodiče na Aničce pozorovat markantní změny v chování. Anička dělala ukvapená rozhodnutí, ukončila studium, málo spala, jedla, začala hodně kouřit. Přestávala komunikovat s rodiči a okolím, zavírala se v pokoji, byla podrážděná, drzá. Rodiče jí v tomto období nabízeli návštěvu psychologa či psychiatra. Anička odmítala.

Ataka u ní propukla v Anglii, kam odjela pracovat jako Au-pair. Rodiče její nápad vítali a chtěli jí pomoci se zařizováním. Anička odmítala jakoukoli pomoc. Vše si chtěla zařídit sama. V noci 13. 3. 1996 si Anička sbalila kufry a bez rozloučení odešla z domova. Rodičům se neozvala ¾ roku. Snažili se jí nalézt přes Interpol, Ambasádu, známé. První zpráva přišla až v listopadu z londýnské nemocnice. Anička se pokusila o sebevraždu skokem z 2. patra domu. Po fyzické stránce byla v pořádku. Pro rodiče nebylo jednoduché dostat dceru zpět do ČR. Velmi jim pomohl český velvyslanec, s nímž byli v kontaktu po celou dobu Aniččiny nepřítomnosti.

Počátkem prosince 1996 byla Anička dopravena letecky s anglickým lékařským doprovodem zpět do ČR. Na letišti ji už převzal český lékařský tým a odvezl do PL v Bohnicích. Podle slov klientčiny maminky: „Jako by to nebyla ona“. Rodiče dělali vše proto, aby jí co nejvíce usnadnili návrat domů.

V prosinci byla Anička propuštěna z PL v Bohnicích. Rodiče byly informováni o přesné diagnóze – Paranoidní schizofrenie. V tomto období nastává první kontakt se sdružením Šela. Dle slov klientčiny maminky: *„Scházejí se tam přímo lidé, kteří trpí touto nemocí. Mohla jsem si s nimi o všem popovídat bez ostychu a uronit i slzu. Tak jsem našla spřízněné duše. A mnoho jiných s podobnými příběhy.“*

2.2 Osobní anamnéza

Osobní anamnézu se mi nepodařilo získat. Od maminky klientky vím, že slečna Anička nebyla nikdy vážně nemocná.

2.3 Hodnocení informací

U klientky je největším problémem motivace k návštěvám.

2.4 Terapeutický rozhovor

Klientka není dostatečně motivovaná k návštěvám sdružení. Slečna Anička u žádné činnosti dlouho nevydrží. Dle slov její maminky zkoušela prodávat kosmetiku, angažovat se v sociální práci, ale žádnou z těchto aktivit se u ní nepodařilo udržet delší dobu. Vždy chyběla pravidelnost návštěv a motivace klientky. Klientka má, jako většina duševně nemocných, problémy s financemi a hospodařením s nimi. Většinu svých peněz utratí za kosmetiku, značkové oblečení a cigarety. Nedostatek řeší půjčkami. Většinu času tráví klientka v posteli se špatnou náladou. Přátele již nemá, jelikož už nemají společné zájmy. U klientky se objevují výkyvy nálad. Občas zvládne i běžné domácí činnosti. Je schopná se postarat i o mladšího bratra. Rodiče jí motivují ke sportu. Klientka navštěvuje kurzy jógy, ale opět chybí pravidelnost. Klientka se musí do jakékoli činnosti nutit či ji „vzdá“.

3 TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 Socioterapeutický plán

3.1.1 Krátkodobá urychlená pomoc

Vzhledem k tomu, že je velice těžké klientku jakýmkoli způsobem k návštěvám motivovat, je krátkodobá pomoc nemožná.

3.1.2. Dlouhodobá pomoc

Z dlouhodobého hlediska bych navrhovala zvýšit počet členů stejné věkové skupiny jako klientka. Do klubu dochází většinou starší klienti, než je slečna Anička. Myslím si, že tím by se mohla zvýšit motivace klientky navštěvovat klub.

3.2 Konečný strukturovaný program sociální pomoci

Vzhledem k tomu, že klientka v současné době navštěvuje Fokus v Nymburce a do Šely docházet nechce, myslím si, že jakýkoliv program sociální pomoci ze strany Šely naplánovat nelze. Je velký pokrok, že klientka začala navštěvovat nějaké zařízení. V současnosti má v plánu návštěvu lázní. Klientka začíná být aktivní a zlepšuje se i její motivace. Šelu již zřejmě nenavštíví.

4 ČTVRTÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ TERAPIE

Vztahy mezi klientkou a týmem, který se klientům ve sdružení věnuje, se nestačily vytvořit. Klientka se zúčastnila několika akcí a výletů, pořádaných sdružením. Nevytvořila si však žádné vztahy ani s ostatními klienty.

5 PÁTÁ ETAPA: OVĚŘOVÁNÍ VÝSLEDKU

Ověřování výsledku je velice složité, jelikož jsem neměla možnost se s klientkou setkat osobně.

5.1 Pozitivní výsledky léčby

Za pozitivní výsledek léčby se dá považovat fakt, že několika návštěvami Šely klientka navázala kontakt s Fokusem Nymburk, kam začala docházet. Tato aktivita ji vydržela až do současné doby.

5.2 Nedostatky léčby, její neúspěch, příp. negativní jevy

Jako nedostatek mohu uvést nepravidelnost návštěv a ukončení kontaktu s Šelou. Negativem byla odlišná věková skupina členů sdružení.

5.3 Poučení z případu

Na případu slečny Aničky lze pozorovat, že ne vždy musí být klient spokojen se službami sdružení. Klientce chyběla motivace k návštěvám. Nevyhovovala jí ani věková skupina členů sdružení. Myslím si, že kdyby se jednalo o členy v její věkové kategorii, zvýšila by se i motivace klientky k návštěvám klubu.

5.3 Kasuistika pana Aleše

Pana Aleše jsem si ke zpracování poslední kasuistiky vybrala proto, že byl prvním z členů sdružení. Jedná se o syna zakladatelky sdružení, tedy klienta, kvůli kterému bylo na počátku sdružení založeno. Případ pana Aleše je velmi zajímavý, vzhledem k tomu, že se jedná o klienta, který vždy vynikal skvělými organizačními schopnostmi a dosáhl vysokého vzdělání. Kasuistika pana Aleše potvrzuje, že lidé, kteří onemocněli schizofrenií, nejsou „hloupý“, jak si o nich myslí většinová společnost. Pan Aleš vyvrací jeden z mýtů o schizofrenicích už jen tím, že se jedná o nadprůměrně inteligentního člověka.

1 PRVNÍ ETAPA: SOCIÁLNÍ EVIDENCE

1.1 Základní údaje o klientovi

Pan Aleš se narodil v roce 1970. Vystudoval 8.leté Gymnázium v Kolíně. Dále studoval na ČVÚT v Praze. Do sdružení začal pan Aleš docházet s jeho vznikem, vzhledem k tomu, že se jedná o prvního z členů.

1.2 První kontakt s klientem

Zezačátku pan Aleš vítal docházení do Šely. Byl nadšený činností sdružení. Chtěl se účastnit a angažovat. Ve sdružení mohl uplatnit své organizační

schopnosti. Návštěvy sdružení mu dodávaly energii a jistou dávku sebevědomí. Klient se mohl realizovat. Ve sdružení se choval již od začátku sebejistě a přirozeně. Ostatní klienty dokázal i pobavit. Vnášel do klubu jistou dávku humoru a odlehčení.

Klient dostal díky návštěvám klubu a sdružení náhled na nemoc. Do té doby nechtěl užívat léky, nechtěl se smířit s diagnózou. Po návštěvách klubu začal užívat pravidelně léky a užívá je dodnes. Od docházení do Šely nebyl pan Aleš hospitalizován.

2 DRUHÁ ETAPA: DIAGNOSTICKÁ

2.1 Sociální anamnéza

2.1.1 **Situace po prvním kontaktu**

Klient navštěvuje sdružení a je spokojen.

2.1.2 **Celková sociální situace**

Klient má staršího bratra. S bratrem měl klient vždy konflikty. Sourozenci jsou rozdílných povah. Klient si oblíbil své neteře, na které je hrdý a stará se o ně.

2.2 Osobní anamnéza

Klient se nikdy neléčil s žádnou vážnější somatickou nemocí. Během studia se velmi zabýval filosofií. První ataka nemoci se u pana Aleše objevila v roce 1993. Časté byly klientovy útěky z domova do zahraničí. Nejčastěji odjížděl pan Aleš do Německa. Nejdříve odjel za prací, později kdykoli, kdy se mu zachtělo. Klient má také problémy s hospodařením s penězi, které řešil v minulosti půjčkami.

U klienta se objevovaly opakované ataky nemoci. Klient byl minimálně 10x hospitalizován v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě. Při nedobrovolné hospitalizaci vyžadoval klient zásah policie. Při jedné z atak skočil

do Labe ze strachu před policií. Naštěstí neměl žádná vážnější zranění. Klientovi byla několikrát změněna farmakologická léčba. Klient měl vždy problém přijmout svou nemoc. Do roku 2004 neměl pan Aleš náhled na nemoc. Od vzniku Šely začal na svou nemoc pohlížet jinak. Pan Aleš nyní užívá pravidelně léky. Po hospitalizacích nastávala u klienta období deprese. Klient neměl o nic zájem, většinou jen ležel v posteli.

Poslední hospitalizace proběhla v roce 2004. Pan Aleše nebyl od založení Šely hospitalizován, což hodnotím velmi kladně. V současnosti vede v Ovčárech knihovnu a počítačový kroužek pro mladé žáky.

2.2 Hodnocení informací

Klient se dlouhodobě léčí na psychiatrii. Pro klienta je velmi důležité se realizovat. Klientova potřeba seberealizace je ve sdružení naplňována. Klient se v současné době cítí dosti pracovně vytížen.

2.4 Terapeutický rozhovor

S klientem jsou rozhovory pracovníků sdružení vedeny většinou direktivnější formou. Klient je velmi živý a komunikativní.

3 TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 Socioterapeutický plán

3.1.2 Dlouhodobá pomoc

Klient dlouhodobě navštěvuje sdružení a občas dochází i na klub. Věnuje se spíše počítačovému kroužku. Dlouhodobou pomoc v tomto případě vidím v možnosti klienta dále docházet do sdružení podle jeho potřeb.

3.2 Konečný strukturovaný program sociální pomoci

4 ČTVRTÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ TERAPIE

Vztahy mezi klientem a pracovníky týmu jsou více než dobré. Klient je ve sdružení spokojen. S ostatními klienty také dobře vychází. Klient navazuje snadno sociální kontakty.

5 PÁTÁ ETAPA: OVĚŘOVÁNÍ VÝSLEDKU

5.1 Pozitivní výsledky léčby

Jako největší pozitivní výsledek v léčbě pana Aleše hodnotím pravidelnost v užívání léků. Díky návštěvám sdružení a možnosti se projevit a angažovat se klientovi zlepšil náhled na nemoc. Klient se začal zajímat o svou diagnózu.

Dalším pozitivem je, že pan Aleš začal vyhledávat aktivitu. V současnosti roznáší letáky v místě bydliště a okolí, vede počítačový kroužek, knihovnu. Klient je spokojen, protože má možnost se seberealizovat. Možnost se angažovat a pracovat mu dodává pocit sebejistoty a samostatnosti. U klienta se zlepšila komunikace s rodinou a okolím. Úzkosti, které klient míval, zmizely.

5.2 Nedostatky léčby, její neúspěch, příp. negativní jevy

U klienta nenacházím žádné nedostatky léčby.

5.3 Poučení z případu

Myslím si, že na případu pana Aleše můžeme pozorovat velký vliv svépomoci na klienta. U klienta si můžeme všimnout velkého úspěchu a pokroku, kterého dosáhl v mnoha oblastech svého života. Případ pana Aleše je dokladem toho, že svépomocné skupiny pomáhají svým klientům překonat bariéry v komunikaci s okolím a nalézt znovu chuť do života.

ZÁVĚR

V závěru své práce nacházím prostor pro zhodnocení, reflexi a komentář ke své práci. Ke zhodnocení patří i kritika práce. Právě kritikou se chystám začít. Nejdříve jsem uvažovala nad tím, zda umístit do práce kapitolu „Diskuze“, kde bych zreflektovala a ohodnotila svou práci. Nakonec jsem se rozhodla vše uvést do „Závěru“ práce.

Kdybych měla bakalářskou práci na téma Význam svépomocné skupiny v životě lidí trpících schizofrenií psát znovu, zaměřila bych se více na praktickou část. Plánované rozhovory s klienty a jejich rodinami jsem nakonec z časových důvodů neuskutečnila. Místo nich jsem do práce uvedla několik jednotlivých případů klientů.

Jako negativní na své práci hodnotím nevyvážený poměr teoretické a praktické části. Práce je zaměřena spíše teoreticky, což hodnotím záporně. Jedná se však o mou první větší práci. Myslím si, že při psaní mé diplomové práce už budu mít více zkušeností a psaní mi půjde snadněji.

Za pozitivní považuji dobrou práci s literaturou, která je však dle mého názoru méně doplněná mými zkušenostmi a názory.

Zda má tato práce nějaký přínos pro obor, to nevím. Nastiňuje důležitost jedné z forem sociální práce – svépomoci. Svépomoc má význam nejen pro samotné uživatele – klienty, ale i pracovníky, rodinné příslušníky a blízké příbuzné klientů. Za nejdůležitější prvek svépomoci považuji to, že vše vychází ze samotných klientů a jejich příbuzných a rodičů, kteří se snaží fungovat jako tým. Myslím si, že i na několika případech, které jsem uvedla, je patrné, že svépomocné skupiny mají svůj význam a splňují účel, pro který vznikly. V práci byly splněny etické požadavky. Informovaný souhlas klientů jsem získala.

LITERATURA

BAYEROVÁ, D. Sociální práce s psychiatrickým pacientem. Esprit: Časopis České asociace pro psychické zdraví, 2008, roč. 12, č. 1-2, s. 8-9. ISSN 1214-2123.

BENDL, J. *Svépomocné aktivity u duševně nemocných*. Závěrečná práce. Praha: Agens - Řízení neziskových organizací, 2002. 22 s.

BÚTORA, M. *Překročit svůj stín: Kluby abstinujících a jiné svépomocné skupiny*. Přel. Lubor Pok. Praha: Avicentrum, 1990. 238 s. ISBN 80-201-0086-5.

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

DOUBEK, P. aj.: Psychóza v životě – život v psychóze. Praha: Maxdorf, 2008. 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1.

DÖRNER, K., LORENC, J., PLOG, U. *Bláznit je lidské: Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Přel. Lorenc Jan. Praha: Grada, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5.

HOLOVČÁKOVÁ, S. *Svépomocná skupina jako forma sociální práce a její využití v životě lidí trpících schizofrenií*. Závěrečná absolventská práce. Olomouc: Caritas, 2008. Vedoucí: Mgr. Miroslav Snášel

JAROLÍMEK, M.: O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Praha: Baobab, 2006. 26 s.

JAROLÍMEK, M. Bez rodiny nemají duševně nemocní šanci. Esprit: Časopis České asociace pro psychické zdraví, 2009, roč. 13, č. 11-12, s. 16-17. ISSN 1214-2123.

KOPEČKOVÁ, A. Sociální pracovník v práci s psychiatrickým pacientem. Esprit: Časopis České asociace pro psychické zdraví, 2008, roč. 12, č. 1-2, s. 10-11. ISSN 1214-2123.

KOPŘIVA, K., ŠIKLOVÁ, J. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.

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

KURTZ, L. F. *Self-help and support groups: a handbook for practitioners*. Sage, 1997. 229 s. ISBN 0803970994.

KURZOVÁ, H., HONZÁK, R., KROMBHOLZ, J.: Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře. Praha: Karolinum, 2002. 139 s. ISBN 80-246-0532-5.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. aj. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 80-2472-138-4.

MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005. 196 s. ISBN 80-247-0737-3.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (ed.): Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. s. 166, 218. ISBN 80-7367-002-X.

MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2005. 127 s. ISBN 80-7178-992-5.

PEŠKOVÁ, M. Sociální práce s duševně nemocnými. Esprit: Časopis České asociace pro psychické zdraví, 2008, roč. 12, č. 1-2, s. 4-7. ISSN 1214-2123.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (ed.): *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče.* Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 80-7387-253-6.

PRAŠKO, J. aj. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2001. 90 s. ISBN 80-85912-65-1.

PRAŠKO, J. aj. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.

PRAŠKO, J. aj. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách.* Praha: Medical Tribune CZ, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.

SVOBODA, M. (ed.), ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy.* Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.

SYŘIŠŤOVÁ, E. *Příspěvek k psychologii, psychoterapii a prevenci schizofrenní psychózy*. Praha: Universita Karlova, 1973. 163 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 339 s. ISBN 8024707233.

ZÁVIŠEK, J. Česká legislativa a duševní nemoc. Esprit: Časopis České asociace pro psychické zdraví, 2009, roč. 13, č. 5, s. 21. ISSN 1214-2123.

PŘÍLOHY

Příloha A

Adresář organizací a skupin hnutí rodičů a příbuzných

AŠ

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PAPRSEK
Marcela Hlisníková
Mikulášská 6
352 01 Aš

BRNO

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ AMICUS - BRNO
Tuřanská 12
620 00 Brno
Telefon: 724 240 840
Email: zavisek@volny.cz
Kontaktni osoba: Ing. Josef Závišek
Zájemci se mohou přihlásit písemně na uvedené adrese a nebo osobně na zasedání rady, která se koná každé první úterý od 16: 00. v Café kavárně(kavárna na půl cesty) v areálu centra Vaňkovka vedle výstavní galerie.

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ POMOCI DUŠEVNĚ NEMOCNÝM ČR (OSPODN ČR)
předseda OSPODN ČR
Ing. Josef Závišek
Telefon: 724 240 840
Email: zavisek@volny.cz
Web: www.spdn-cr.org/

OSPDN ČR je dobrovolným svazem regionálních občanských sdružení rodičů a příbuzných osob s duševním onemocněním, založeným podle zákona č. 83/1990 Sb.

Na svých stránkách www.spdn-cr.org uvádí přehled regionálních občanských sdružení, dále návod proč a jak založit občanské sdružení rodičů a příbuzných osob s duševním onemocněním, legislativu i aktuální informace.

ČESKÁ LÍPA

KLUB DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ
při Psychiatrickém sanatoriu
Ronovská 846
470 01 Česká Lípa

ČESKÉ BUDĚJOVICE

SOCIOTERAPEUTICKÝ KLUB DOMINO
Jizerská ulice
370 00 České Budějovice

HRADEC KRÁLOVÉ

CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ
Svépomocná skupina rodičů
Ul. Fr. Šrámka 1647
500 02 Hradec Králové
Telefon: 604 818011
Kontaktní osoba: MUDr. Jiří Masopust
Psychiatrická klinika FN
500 02 Hradec Králové
Telefon: 49 583 3376

LIBEREC

RODIČOVSKÝ KLUB Fokus MY KLUB LIBEREC
Nezvalova 662
Liberec 15
Telefon: 48 516 34 40
Email: fokus-myklub-@volny.cz
Kontaktni osoba: Mgr. Jana Horáková
Nabídka: rodičovské edukační skupiny a rodinná terapie

POCHODEŇ
občanské sdružení pro pomoc zdravotně postiženým
Mařanova 650
463 12 Liberec 25
Telefon: 48 513 09 17 linka 164
Mobil: 603 169 430
Kontaktni osoba: Jiřina Šilerová

LNÁŘE

POLIDON
Kosmonautů 1266
386 01 Strakonice
Telefon/ fax: 383 322 332
Email: polidon@quick.cz
Kontaktní osoba: Josef Macák

OSTRAVA

ROVNOVÁHA
Plk. Rajmunda Prchaly 4252/ 46
708 00 Ostrava - Pustkovec
Telefon: 596913323
Email: rovnovaha.ostrava@seznam.cz
Kontaktní osoba: Eliška Kučajová
Místo klubových setkání: Společenský klub, Bulharská 1561, Ostrava - Poruba V. obvod
Čas klubových setkání: Každý čtvrtek (mimo svátky a dny prac. klidu) od 16:00 do 18:00 hod.

PARDUBICE

Občanské sdružení FELICITAS Pardubice
Kateřina Vondráčková, Staňkova 1103, 53002 Pardubice, tel.466330161
činnost: vzájemná psych podpora, společné výlety, podíl na prosazení zájmů duš nemocných do zákona o zdr. péči...
počet: 15

PRAHA

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ESET – HELP
Vejvanovského 1610
149 00 Praha 4 - Háje

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ OZVĚNA
Fokus Praha
Dolákova 24
181 00 Praha 8 – Bohnice

SDRUŽENÍ SYMPATHEA – celonárodní organizace
Švábky 8
180 00 Praha 8
tel.: 284 828 568
mobil: 776 061 541
www.sympathea.cz
e-mail: sympathea@sympathea.cz
Fax: 241 444 825

STYBLÍKOVÁ, J. Vida.ppzdravi /on line/. c2009, poslední revize 23. 8. 2010 /cit. 2010-26-7/. Dostupné z http://www.vidacentrum.cz/dokumenty/Vida-Adresar-sluzeb-2009-web.pdf

Příloha B

Ukázka výrobků klientů. V září 2009 se uskutečnila prodejní výstava výrobků v Ovčárech a v Kolíně.

Obrázek č. 1

Obrázek č. 2

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Tereza Růžičková
Studijní program: Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce: Význam svépomocné skupiny v životě lidí trpících schizofrenií
Počet stran (bez příloh):60
Celkový počet stran příloh:6
Počet titulů české literatury a pramenů: 27
Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1
Počet internetových odkazů: 1
Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek
Rok dokončení práce: 2010

Evidenční list knihovny

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

V Praze, dne:……..

…….

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

Jméno, příjmení	**Adresa**	**Datum**	**Podpis**

Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Tereza Růžičková
Obor studia: Sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii
Název práce: Význam svépomocné skupiny v životě lidí trpících schizofrenií
Oponent* práce: Mgr. Vacková

Technické parametry práce:
Počet stránek textu (bez příloh): 60
Počet stránek příloh: 6
Počet titulů v seznamu literatury: 28

	0**	1	2	3	4
Výběr tématu					
Závažnost tématu		x			
Oborová přiléhavost tématu		x			
Originalita tématu a jeho zpracování			x		
Formální zpracování					
Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)		x			
Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)		x			
Formální zpracování (jasnost tématu, rozčleněni textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)		x			
Metody práce					
Vhodnost a úroveň použitých metod			x		
Využití výzkumných empirických metod	x				
Využití praktických zkušeností		x			
Obsahová kritéria a přínos práce					
Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)	x				
Naplnění cílů práce		x			
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu			x		
Návaznost kapitol a subkapitol		x			
Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi		x			

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Proč je práce pro duševně nemocné důležitá a v jakých typech zařízení může probíhat?

Uveďte příklady svépomocných skupin v České republice.

Vysvětlete smysl a základní charakteristiky svépomocných skupin.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se věnuje na prvních 44 stránkách teorii související s tématem, ve zbytku práce se zabývá třemi kasuistikami duševně nemocných osob trpících schizofrenií. Teoretická část je zpracována velmi pečlivě a zejména v první polovině je vhodným způsobem doplněna vlastními názory autorky. Od klíčových pojmů postupně přechází k diagnostice a léčbě schizofrenie, historii a smyslu svépomocných skupin, zajímavým způsobem informuje o hlavní náplni činnosti občanském sdružení „Šela", v němž absolvovala dlouhodobou stáž.
V praktické části autorka předkládá tři kasuistiky klientů trpících schizofrenií. Při jejich zpracování vycházela autorka ve dvou případech jednak z vlastní zkušenosti z práce s klienty, z rozhovorů s vedoucí klubu, do kterého klienti docházeli, z Osobních listů klientů včetně písemných záznamů služby. Obě kasuistiky hodnotím kladně. Za méně zdařilou považuji třetí kasuistiku, v níž autorka vycházela pouze z rozhovorů s matkou klientky, neboť ta se individuálního setkání se stážistkou vůbec nezúčastnila. V tomto bodě spatřuji nejslabší moment praktické části bakalářské práce.
Naopak oceňuji odpovídající sebereflexi autorky v Závěru, kde zralým způsobem nahlíží klady i zápory zvoleného postupu při psaní bakalářské práce.
Vhodným způsobem doplňují autorčin text přílohy, uvádějící adresář svépomocných organizací a skupin rodičů i příbuzných v České republice.
Autorka prokázala, že s literaturou pracovat umí. Vyjadřování je srozumitelné a stylisticky obratné. Úprava práce je přehledná a velmi pečlivě provedená.
Hlavní přínos práce spatřuji v možnosti předání cenných osobních zkušeností nastupujícím studentům bakalářského studia sociální práce, zajímajícím se o reálné dění v životní praxi .

Zjištěné chyby v citacích a uváděné literatuře:

U přímé citace se uvádí pouze konkrétní číslo stránky, ne rozpětí daného textu.
s. 29, ř. 21: „(MAHROVÁ aj, 2008, s. 127-128)", má být (MAHROVÁ aj. 2008, s.127)
s. 24, ř. 12: „(PRAŠKO aj. 2001, s. 29-30)", má být (PRAŠKO aj. 2001, s. 29)
V seznamu literatury se názvy časopisů uvádějí kurzívou.
s. 58, ř. 2-3; ř. 21-22
s. 59, ř. 2-3; ř. 22-23
s. 60, ř. 19-20

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 15. 9. 2010 Mgr. Lucie Vacková

Posudek vedoucího/~~oponenta~~ bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: Tereza Růžičková
Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce: Význam svépomocné skupiny v životě lidí trpících schizofrenií
Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Jan Kulhánek

Technické parametry práce:
Počet stránek textu (bez příloh): 54
Počet stránek příloh: 9
Počet titulů v seznamu literatury: 27

	0**	1	2	3	4
Výběr tématu					
Závažnost tématu		X			
Oborová přiléhavost tématu		X			
Originalita tématu a jeho zpracování			X		
Formální zpracování					
Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)			X		
Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)		X			
Formální zpracování (jasnost tématu, rozčleněni textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)		X			
Metody práce					
Vhodnost a úroveň použitých metod		X			
Využití výzkumných empirických metod	X				
Využití praktických zkušeností		X			
Obsahová kritéria a přínos práce					
Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)		X			
Naplnění cílů práce		X			
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu			X		
Návaznost kapitol a subkapitol		X			

*

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi			X		
Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)			X		

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Za profesionální přístup ke klientům považuji i vědomí si vlastních limitů, proto bych se zeptal, jaké jsou podle autorky práce limity působení svépomocné skupiny?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka si zvolila velmi užitečné téma, které jí umožnilo propojit vlastní pracovní zkušenosti s klienty s nastudovanou odbornou literaturou. V teoretické části se mi opravdu líbily kapitoly o stigmatizaci, mýtech o schizofrenii a o prevenci relapsu. Ty totiž podle mě poskytli společně s vymezením pojmů dobrý odrazový můstek pro téma svépomoci. Kazuistické střípky jsou velmi strukturované, ilustrují práci svépomocné skupiny s klienty a zároveň ukazují, že je autorka schopna citlivě a zároveň celkem fundovaně přemýšlet o potřebách klienta a plánu práce s ním.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborná

Datum, podpis: 7.9.2010