

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Problematika resocializace osob s psychotickým
onemocněním**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Ivan Nedoma

Vypracovala:
Bc. Petra Hejtmánková

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Problematika resocializace osob s psychotickým onemocněním zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne 05. 03. 2012

.....
Petra Hejtmánková

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Ivanu Nedomovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, vedení a všem pracovníkům a klientům Občanského sdružení Práh za pomoc a praktické rady, které mi poskytli při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce, a které si nesmírně vážím.

Petra Hejtmánková

OBSAH

Úvod	3
Teoretická část I	
1. CHARAKTERISTIKA PSYCHOTICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	5
1. 1 Vymezení základních pojmů	5
1. 2 Schizofrenní poruchy	7
1. 2. 1 Etiologie a patogeneze	8
1. 2. 2 Příznaky a průběh	9
1. 2. 3 Diagnostika a léčba	11
1. 3 Schizoafektivní porucha	12
1. 4 Paranoidní poruchy	12
1. 5 Afektivní poruchy s psychotickými příznaky	13
1. 6 Dopad psychotických onemocnění na sociální fungování pacientů	14
2. HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	16
2. 1. Zacházení s duševně nemocnými od pravěku po středověk	16
2. 2 Azylová zařízení	18
2. 3 Počátky klasifikace psychotických onemocnění a první pokusy o léčbu	19
2. 4 Zavedení psychofarmak v polovině 20. stol.	20
2. 5 Rozvoj komunitní péče	22
3. RESOCIALIZACE PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ	25
3. 1 Objasnění pojmu psychiatrické resocializace	25
3. 2 Léčba biologická a psychoterapeutická	26
3. 3 Psychiatrická rehabilitace	27
3. 4 Rehabilitační a resocializační metody	30
3. 5 Komunitní péče v ČR	34
3. 5. 1 Jednotlivé typy komunitních služeb v ČR	37
3. 5. 2 Konkrétní komunitní služby a zařízení pro doléčování a rehabilitaci duševně nemocných v ČR	42
3.6 Stigma psychické poruchy	47

Empirická část II

4. DESKRIPTIVNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE O. S. PRÁH	51
4. 1 Rámec případové studie	51
4. 2 Historie a aktuální podoba organizace na základě studia dokumentace	52
4. 3 Vlastní pozorování	65
4. 4 Polostrukturované rozhovory s klienty	73
4. 5 Polostrukturované rozhovory s pracovníky služeb	75
4. 6 Zhodnocení úlohy o. s. Práh v procesu resocializace psychoticky nemocných	77
5. VLASTNÍ POHLED NA MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V OBLASTI RESOCIALIZACE PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ	80
Závěr	83
Resumé	85
Anotace, klíčová slova	86
Seznam použité literatury	87
Seznam příloh	

Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma resocializace osob s psychotickým onemocněním, zvláště schizofrenního okruhu.

Jde o závažná psychická onemocnění, která narušují schopnost člověka jednat srozumitelně a v souladu s okolnostmi. Mění vztah nemocného ke skutečnosti i k jiným lidem a většinou významně naruší jeho dosavadní životní dráhu. Z medicínského hlediska se jedná o onemocnění nejsložitějšího lidského orgánu - mozku. Mají silný sklon k chronifikaci, výrazně mění kvalitu života postižených, ale i jejich nejbližšího okolí.

Základem léčby je farmakoterapie. I když poslední dekáda 2. tisíciletí, ve které se vědci celého světa soustředili na studium mozku, vedla nepochybně k velkému rozvoji neurověd, psychiatrie i psychofarmakoterapie, schizofrenní onemocnění navzdory veškerému pokroku zůstává na počátku dalšího tisíciletí záhadným a závažným onemocněním. Samotné léky, o nichž s jistotou nevíme, zda léčí sekundární projevy či zasahují na úrovni primárního postižení, ke zvládnutí chorobného stavu a zvláště k umožnění dalšího důstojného života nestačí. Různé metody psychoterapie, psychiatrické rehabilitace a různé typy sociálních intervencí by měly být součástí komplexní a individuálně zacílené péče, jejíž cílem je, aby i psychicky nemocný dosáhl pocitu smysluplnosti a užitečnosti, byl soběstačný, měl sociální kontakty, zapojil se do pracovního procesu. Na tomto by se měli podílet vedle psychiatrů a psychologů další odborníci jako jsou rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci, osobní asistenti event. i sociální pedagogové.

Po roce 1989 dochází i u nás k většímu rozvoji komunitních služeb, které by měly vytvořit systém terapie, pomoci a podpory. Ten by měl být obsahově i organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem s vážným psychickým onemocněním žít co možná nejvíce v realitě všedního života i za podmínek stále většího konkurenčního boje a ekonomických problémů.

V Brně pomáhá lidem s psychotickým postižením i jejich rodinám občanské sdružení Práh, které poskytuje pomoc a podporu v oblasti zaměstnání, bydlení, volnočasových aktivit a vzdělání. Umožňuje rozšiřovat kontakty s jinými lidmi a zlepšovat vztahy s rodinou. V neposlední řadě je jeho cílem korigovat názory veřejnosti na duševně nemocné.

Cílem resocializace osob s psychotickým onemocněním by tedy nemělo být jen omezení frekvence a délky hospitalizace v psychiatrických léčebnách nebo klinikách, ale především zvýšení kvality jejich života.

Cíl práce:

V teoretické části se zabývám stručnou charakteristikou psychotických onemocnění (etiologie a patogeneze, příznaky, průběh, diagnostika a léčba). V další části se budu věnovat historii péče o tyto pacienty od azylového způsobu řešení přes první pokusy o léčbu, dále výraznou změnou, kterou přinesla do léčby psychofarmaka, až po tendence posledních desetiletí minimalizovat léčbu ústavní a přesunout těžiště léčby extramurálně. Na závěr teoretické části bych chtěla zmínit problém stigmatu duševní nemoci, které zasahuje nejenom pacienty, ale i jejich rodinné příslušníky a pečovatele.

Obsahem empirické části bude kazusistika organizace - a to o. s. Práh v Brně, které se resocializací psychoticky nemocných věnuje. K tomu použiji dostupnou dokumentaci, vlastní pozorování a rozhovory s pracovníky a klienty s cílem poznat historii i současnou podobu celého sdružení, způsob práce s klienty event. jejich rodinnými příslušníky, možnosti poskytovaných služeb včetně problémů, se kterými se sdružení setkává. Na základě vlastních zkušeností s prací s klienty se pokusím nalézt možnosti pro uplatnění i profese sociální pedagoga v oblasti resocializace pacientů s psychotickým onemocněním.

I Teoretická část

1. CHARAKTERISTIKA PSYCHOTICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

1. 1 Vymezení základních pojmů

Zdraví - dle WHO (1948): „*Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní a sociální pohody, která je výsledkem souladu vzájemné interakce organismu a prostředí. Zdraví je fyzické, psychické a sociální prospívání*“ (<http://healthcaretips.psypil.com>).

Nemoc - je chápána jako „*porušení rovnováhy organismu (homeostázy), kdy dojde k porušení části těla (tkáně, orgánu aj.) nebo funkční souhry orgánů nebo psychického prožívání*“ (http://www.sos-ub.cz/proj_06/lekce4/hyp9.htm).

Pro **duševní nemoc** neexistuje žádná definice, která by byla univerzálně přijímána. Především proto, že duševní projevy, které jsou v jedné kultuře považovány za patologické, mohou být v jiné kultuře nebo v jiném kontextu považovány za normální či alespoň přijatelné. Úzce vymezená definice duševní choroby může vycházet z přítomnosti organického postižení mozku (strukturálního nebo biochemického), naopak příliš široká by mohla znamenat jen absenci duševního zdraví. To můžeme chápat jako stav psychické pohody, rovnováhy i flexibility, který umožňuje jedinci úspěšně pracovat a fungovat, zvládat běžné konflikty i zátěžové situace, které život přináší.

Jedna z definic popisuje duševní poruchy jako „*psychické, sociální, biochemické nebo genetické dysfunkce či poruchy, které se nepříznivě projevují v životě jedince*“ (<http://www.biofeedbackbrno.cz/mozek/dusevni-poruchy/>).

Jiná říká, že „*v širším pojetí je to označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti*“ (Hartl, Hartlová, 2004. s. 424-425).

Duševní poruchy můžeme dělit z mnoha hledisek (podle příčiny, závažnosti, dynamiky), přidržíme se však oficiálně uznávaného dělení dle společných symptomů. Ve Spojených státech amerických byly duševní poruchy rozděleny do skupin v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM) vytvořeném Americkou psychiatrickou asociací (APA). Americkým manuálem byl inspirován i díl F Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, která je v ČR platná od r. 1984, prochází průběžnými aktualizacemi a je vydávána Světovou mezinárodní organizací WHO (Mohr in Praško a kol., 2003).

Psychiatrii je tedy věnována kapitola V. - MKN 10, která obsahuje asi 1000 kategorií rozdělených do těchto 10 sekcí:

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>)

Jak už bylo v úvodu zmíněno, ve své práci se budu zabývat problematikou lidí, trpících některou z forem psychotického onemocnění.

Psychózou (z řeckého psyché - duše) označujeme duševní onemocnění, které výrazně narušuje psychické funkce, mění prožívání člověka ve vztahu k okolí i k sobě samému. „*Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života, jde o změny v myšlení, vnímání i emotivitě. Jsou takového charakteru, že dotyčný nedokáže rozlišit, co je a co není skutečné*“ (Praško a kol., 2005, s. 8). Jedinec tedy nedokáže oddělit vlastní představu a fantazii od skutečných dějů, jsou narušeny pacientovi schopnosti komunikovat, pamatovat si, interpretovat realitu a přiměřeně se chovat. A to vše narušuje jeho schopnost poradit si s běžnými životními požadavky (Kalina, 2011).

Psychóza však není jedním onemocněním, psychotické poruchy představují řadu nosologických jednotek, jejichž etiologie, klinický obraz i léčba jsou odlišné. S psychotickým obrazem se můžeme setkat u poruch organických a symptomatických (F0), u závislostí (F1), ale ty nebudou primárně předmětem našeho zájmu.

Tím jsou poruchy dříve označované jako „endogenní“ či „funkční“, neboť v minulosti nebyl znám jejich organický korelát. Dnešní, zvl. zobrazovací vyšetřovací metody nám ukazují, že i při těchto onemocněních dochází v mozku k určitým změnám. Patří sem tedy poruchy ze skupiny F2 (schizofrenie, schizotypální poruchy, poruchy s bludy aj.) a afektivní poruchy (F3), které mohou probíhat pod obrazem psychózy či vést k chronifikaci s trvalými následky (Mohr in Herman, Praško, Seifertová, 2007).

Klasifikace schizofrenních a afektivních poruch je obsažena v příloze č. 1.

1. 2 Schizofrenní poruchy

Tato kapitola bude popsána podrobněji jednak vzhledem ke složitosti problematiky, a dále proto, že klienti s touto diagnózou jsou nejčastějšími objekty resocializačního snažení.

„Schizofrenie patří k nejzávažnějším duševním onemocněním. Přesto, že do medicíny byl její popis uveden před více než 100 lety, zůstává dosud jednou z největších odborných záhad v psychiatrii, která stále odolává snahám o rozluštění a představuje jak zdroj osobního utrpení milióny pacientů a jejich rodin po celém světě, tak významnou celospolečenskou zátěž“ (Höschl in Byrne, Ergie, Lambert a kol., 2004, s. 1).

Schizofrenie představuje psychotické onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Schizofrenie ovlivňuje lidské myšlení, vnímání, jednání, emoce, pacient se odcizuje ostatním lidem, mění se jeho osobnost, nedokáže pokračovat v další životní dráze v souladu s očekáváními. Schizofrenie snižuje kvalitu života člověka (Cohen, 2002).

Název schizofrenie zavedl pro onemocnění německý psychiatr Eugen Bleuler, chtěl zdůraznit rozštěp (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. (Nejde tedy o „rozštěp osobnosti“, jak je to často mylně vykládáno) (Motlová, Koukolík, 2005).

Pro schizofrenii je charakterická pestrost příznaků, průběhu i odpovědi na léčbu. Má výrazný sklon k chronifikaci (Pavlovský, 2003).

1. 2. 1 Etiologie a patogeneze

Přes pokrok v oblasti biochemie, elektrofyziologie, zobrazovacích metod dosud příčinu schizofrenie neznáme. Předpokládáme multifaktoriální etiologii, není však známa jedna nezbytná příčina onemocnění. Bylo zformulováno mnoho hypotéz (infekční, genetické, toxické, biochemické, které se týkaly metabolismu lipidů, imunitní odpovědi, apod.) (Libiger in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Nejčastěji se uvádí „neurovývojový model“ schizofrenie, kde se předpokládá přítomnost biologické vulnerability a zátěže - stresu.

Výzkum probíhá v několika oblastech:

1. genetika (zvl. studie jednovaječných dvojčat, adopční studie), některé studie potvrzují genetickou komponentu, jiné nikoliv, nicméně riziko onemocnění dětí u obou schizofrenních rodičů je 40%,
2. biochemické faktory - nejznámější je dopaminová hypotéza, dále jde o noradrenalinovou hypotézu, kyselinu gama-aminomáselnou (GABA), serotoninovou hypotézu, zkoumá se úloha fenylethylalaninu, endorfinů a prostaglandinu, neuropeptidů, glutenu aj.,
3. infekční teorie (působení pomalých virů),
4. jiné abnormality v oblasti anatomie mozku, neurofyziologie, hormonální, imunologické - za použití počítačové tomografie, pozitronové emisní tomografie (PET a SPECT), měření průtoku krve mozkem, EEG, polysomnografie¹, evokované potenciály, imunologické a endokrinologické studie aj. (Smolík, 1996),
5. nálezy v oblasti sociální a psychologické - zde se jedná především o roli životních událostí a emoční expresivity (expressed emotions – EE). Studie však jednoznačně neprokázaly spouštěcí vliv životních událostí u prvních epizod schizofrenie. Emoční expresivita má vliv spíše na úspěch léčby a v prevenci relapsů². Ani narušená komunikace v rodině, event. dříve popisovaný typ „schizofrenogenní matky“ nemůže být příčinou onemocnění (Libiger in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

¹ simultánní záznam několika funkcí prováděných ve spánku

² opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období – v tzv. remisi (opětovné vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samotné).

1. 2. 2 Příznaky a průběh

Jak už bylo řečeno dříve, příznaky u schizofrenie jsou velmi pestré, mohou se měnit v průběhu onemocnění i jediné ataky u téhož nemocného. Od konce 19. století, kdy Kraepelin shrnul různé poruchy do jediného okruhu, které popsal jako „*dementia praecox*“, se příznaková kritéria postupně měnila (Zvolský, 1996).

Příznaková kritéria podle Kraepelina: poruchy pozornosti a chápání, halucinace, zvl. sluchové, ozvučení myšlenky, prožitky ovlivňování myšlení, narušené myšlení, zvl. ztráta asociací, zhoršení kognitivních funkcí, oploštění emotivity, projevy chorobného chování jako autismus, echolálie¹, stereotypie, negativismus, redukce aktivity (Smolík, 1996).

Eugen Bleuler (tvůrce termínu schizofrenie) stanovil následující kritéria:

1. základní: formální poruchy myšlení, poruchy afektivity, poruchy vnímání sama sebe, poruchy vůle a chování, ambivalence, autismus,
2. akcesorní příznaky: halucinace, bludy, poruchy paměti, proměna osobnosti, katatonní příznaky, tělesné příznaky,

Kurt Schneider vymezil r. 1957 příznaky I. a II. řádu:

1. ozvučování myšlenek, slyšení hlasů, tělesné prožitky ovlivňování, odnímání a vysílání myšlenek, bludné vnímání,
2. bludné nápady, ostatní smyslové klamy, bezradnost, depresivní a euforické rozlady, popsal také 3 typy schizofrenie: paranoidní, simplexní a katatonní (Zvolský, 1996).

T. J. Crow v r. 1980 rozdělil charakteristické příznaky schizofrenie na:

- pozitivní (halucinace, bludy),
- negativní (emoční oploštělost, oslabení volní složky, narušení plynulosti myšlení a řeči),
- dezorganizované (dezorganizovaná řeč a chování) (Smolík, 1996).

Podle současné klasifikace MKN 10 i DSM IV (USA) je schizofrenie směsí charakteristických příznaků (pozitivních i negativních), které jsou přítomny zřetelně po určitou dobu (alespoň jeden měsíc).

¹ opakování slov pronesených druhou osobou

Jde o jeden z následujících příznaků:

1. ozvučování myšlenek, vkládání či odnímání myšlenek,
2. bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, bludné vnímání,
3. halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování, event. hlasů přicházejících z jiných částí těla,
4. bludy jiných typů (náboženské, nadlidských schopností apod.).

Nebo alespoň 2 z následujících příznaků:

1. halucinace jakéhokoliv typu,
2. neologismy, zárazy myšlení, zmatený slovní projev,
3. katatonní chování¹,
4. negativní příznaky (apatie, ochuzení řeči, ploché nepřiměřené odpovědi) (Smolík, 1996).

Schizofrenie, při níž dominují paranoidní bludy doprovázené halucinacemi, je nazývána **paranoidní schizofrenií**.

Forma schizofrenie začínající v adolescenci s oploštělou emotivitou, narušením řeči, nepředvídatelným chováním představuje **hebefrenní schizofrenii**, bohužel s velmi špatnou prognózou.

Nápadné rušivé psychomotorické projevy, které se střídají se strnutím (stuporem) či povelovým automatismem se objevují u **katatonní schizofrenie**.

Jestliže žádná skupina příznaků nepřevažuje, hovoříme o **nediferencované schizofrenii**.

Plíživý, ale postupný rozvoj podivínského jednání vedoucí ke společenské izolaci a selhání vidíme u **simplexní schizofrenie**.

Jako **reziduální schizofrenii** označujeme chronické stádium schizofrenie s převahou negativní symptomatologie (pasivita, nedostatek iniciativy, oploštění emotivity, omezení vyjadřovacích schopností, snížená sociální výkonnost a péče o sebe) (Raboch, Zvolský, 2001).

Schizofrenie je onemocnění nejčastěji začínající v období mezi 15 - 29 lety, u žen o něco později. Epizodě předcházejí tzv. prodromální příznaky (nespavost, úzkost, pocity zmatku, nejistot, poruchy nálady). První akutní ataka má obvykle dobrou

¹ chování charakteristické pohybovými abnormalitami projevující se buď nadměrnou aktivitou, nebo naopak sníženou aktivitou až ztuhnutím

prognózu a léčbou lze dospět k remisi. U většiny pacientů však dochází po první epizodě k relapsům, po kterých narůstá postpsychotické reziduum¹. Jen asi u 15% k dalším atakám nedojde. Část onemocnění však probíhá kontinuálně s nárůstem postpsychotického defektu (Smolík, 1996).

1. 2. 3 Diagnostika a léčba

Klinická diagnóza schizofrenie vychází z pečlivě odebrané anamnézy a vyšetření duševního stavu, kdy lékař jednak sbírá údaje od pacienta, které doplňuje vlastním pozorováním. MKN mu poskytuje diagnostická vodítka, nicméně důležitá je zkušenost, často také údaje získané z pacientova nejbližšího okolí (Češková, 2006).

K pomocným vyšetřením patří orientační vyšetření tělesné, neurologické, toxikologické vyšetření (vyloučení toxické etiologie), základní laboratorní vyšetření biochemické a hematologické (k vyloučení stavů organicky a somaticky podmíněných. Doporučuje se vyšetření mozku centrálním tomografem, který by mohl poukázat na mozkovou lézi.

Psychologické vyšetření rovněž může přispět k diagnóze schizofrenní poruchy (Libiger in Hóschl, Libiger, Švestka, 2002).

Léčba je dlouhodobá a vyžaduje navázání terapeutického vztahu k zajištění dobré spolupráce.

V počátcích onemocnění, při některých relapsech je nutná hospitalizace a to i bez souhlasu nemocného. Těžištěm léčby je farmakoterapie antipsychotiky (neuroleptiky), jejíž rozvoj datujeme od 60. let minulého století. Dodnes se s úspěchem u některých forem používá elektrokonvulzivní terapie, jejíž počátky sahají do 1. poloviny 20. století (Vašina, 2008).

Péče o pacienta se schizofrenií by měla být individualizovaná a zacílená, někdy hovoříme o personalizované medicíně. Měl by se na ní podílet kromě lékaře i tým dalších odborníků (psychologové, sociální sestry, pracovní terapeuti aj), protože vedle farmakoterapie je nutná edukace pacienta, práce s rodinou, činnostní terapie, nácvik sociálních dovedností. Léčba by rozhodně neměla skončit propuštěním z ústavního

¹ zbytek, doslova „co zůstalo sedět“ (re, sedeo = sedět)

lčeni, neboť jde o léčbu dlouhodobou (měsíce, roky), často celoživotní (Libiger in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

1. 3 Schizoafektivní porucha

Jde o v praxi často diagnostikovanou poruchu, při které se současně vyskytují poruchy nálady i schizofrenní příznaky současně nebo v rozmezí několika dnů. Název pochází od Kasanina z roku 1933 (Češková, 2006).

Rozlišujeme 3 formy:

- **depresivní typ** - přítomna je depresivní nálada, celkový útlum, bludy sebeobviňování, halucinace, často paranoidita, bývají sebevražedné myšlenky nebo tendence,
- **manický typ** - přítomna je nadnesená nálada, provázena expanzivním chováním, podrážděností, velikášskými bludy,
- **smíšený typ** - kdy jsou přítomny příznaky z obou předchozích (Vágnerová, 2004).

Pro schizoafektivní poruchu je charakteristický náhlý začátek ataky, probíhající pod obrazem zmatenosti, ohraničené ataky a malé event. žádné postpsychotické reziduum. (Vágnerová 2004).

Lčba je podobná jako u schizofrenie, vedle neuroleptik se však používají i antidepresiva, či stabilizátory nálady (Malá, 2002).

1. 4 Paranoidní poruchy

Jde o skupinu poruch, kde je vedoucím příznakem paranoidita (vztahovačnost), která dosahuje charakteru bludu. Nejčastějším zástupcem je trvalá porucha s bludy (ostatní jako např. indukovaná porucha s bludy, se diagnostikují jen velmi výjimečně) (Styx, 2003).

Porucha s bludy je onemocnění středního věku (okolo 40 let). Její příčina rovněž není známa. Objevují se genetické studie, studie o změnách v mozku zvl. limbickém systému a bazálních gangliích), zvažuje se význam psychogenních faktorů zvl. perfekcionistačké výchovy, fyzického zneužívání.

Dominantním příznakem onemocnění je blud, často systemizovaný (spojený v logický systém na rozdíl od schizofrenie), poruchy vnímání jsou výjimečné.

Nejčastější jsou bludy paranoidně - persekucní, žárlivecké, erotomanické, hypochondrické. O jejich pravdivosti jsou nemocní přesvědčeni, přesvědčují o nich i okolí, se kterým se obvykle dostávají do konfliktů, často ústících v nejrůznější stížnosti i soudní jednání. Kromě této bludné oblasti jsou schopni adekvátní komunikace i přiměřených reakcí. Onemocnění má vleklý charakter. Léčba bývá obtížná jednak pro nespolupráci nemocného, kterému chybí náhled onemocnění, i pro nedostatečný účinek antipsychotik. Psychoterapie se zaměřuje spíše na sociální adaptaci bez ohledu na přetrvávající blud (Balon in Hóschl, Libiger, Švestka, 2002).

1. 5 Afektivní poruchy s psychotickými příznaky

Základním projevem afektivních poruch je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou hlavně adaptační poruchy a sociální selhávání (Vágnerová, 2004).

Afektivní poruchy v širším slova smyslu zahrnují řadu rozličných nosologických kategorií od poruch osobnosti, poruch neurotických, symptomatických či těch, které byly dříve označovány jako „endogenní“. O tato onemocnění jde především, tedy o:

1. bipolární afektivní poruchu (F31)

2. periodickou depresivní poruchu (F33)

Ad 1. Dříve označovaná jako maniodepresivní psychóza je onemocnění, u kterého se střídají depresivní a manické fáze (ne vždy pravidelně, depresivní fáze jsou častější), mezi fázemi bývají dobré remise.

U mánií bývá nepřiměřeně veselá, někdy také podrážděná nálada, zrychlené psychomotorické tempo, zvýšené sebevědomí, velikášské bludy, zvýšená aktivita, často neúčelná, může vyvrcholit i do agrese.

Naopak depresivní epizoda je charakteristická pokleslou náladou, pocity viny, bezcennosti, sebeobviňováním, poruchou soustředění, spánku, sníženou aktivitou, pesimistickým výhledem do budoucna, sníženou chutí k jídlu. Největším nebezpečím je riziko sebevražedného jednání (odhaduje se, že až čtvrtina sebevražd je realizována v důsledku afektivních poruch) (Herman, Praško a kol., 2004).

Bipolární porucha se objevuje většinou v mladší dospělosti. Postihuje cca 1% populace, nevykazuje pohlavní rozdíly. S etiologií je to obdobné jako u předchozích onemocnění, předpokládají se multifaktoriální příčiny, existují studie genetické,

biochemické (úloha noradrenergního, serotoninového, dopaminového systému, GABA systému), imunologické, zkoumá se chronobiologie afektivních poruch (Raboch, 2003).

Léčba spočívá ve farmakoterapii, kde jsou lékem první volby stabilizátory nálady, novější neuroleptika, event. antidepresiva. I zde má důležitou úlohu ECT.

Ad 2. Toto onemocnění je charakterizováno opakovanými epizodami deprese bez přítomnosti mánie. Klinický obraz deprese je popsán výše. Onemocnění může začít v jakémkoliv věku, poměr mužů k ženám je 1:2. Zdá se, že v posledních desetiletích zaznamenáváme nárůst deprese celosvětově. Frekvence i délka epizod bývá různá. V některých případech dochází k chronifikaci, tj. že část příznaků i přes léčbu neustupuje.

Léčbou jsou opět psychofarmaka, tedy antidepresiva, stabilizátory nálady, některá moderní antipsychotika, ECT. Doplnkovou léčbou je fototerapie (léčba světlem) a psychoterapie (Höschl in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

1. 6 Dopad psychotických onemocnění na sociální fungování pacientů

Výsledný stav po proběhlém schizofrenním onemocnění jak už bylo uvedeno výše, označujeme jako reziduální schizofrenii (dříve - a mnohdy i dnes - se používá termínu postpsychotický event. postprocesuální defekt). Zahrnuje řadu příznaků především negativních. Nemocní mají tendenci zanedbávat svůj zevnějšek, jsou sociálně stažení a izolovaní, s plochou emotivitou, bývají pasivní, se sníženou spontaneitou a aktivitou. Velkým problémem je nízká a nevyrovnaná odolnost vůči zátěži. Zatímco banální situace či narušení zaběhnutého stereotypu mohou být jimi vnímány jako velký stres, výrazně zátěžové situace jako somatická onemocnění, ztrátu rodinného příslušníka někdy zvládají nad očekávání dobře. Postiženy jsou kognitivní funkce, zvl. schopnost udržet pozornost, využití paměťových funkcí, učení se novému, což rovněž přispívá ke snížení až ztrátě jejich pracovní způsobilosti (Libiger in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Od poloviny 80. let má počet přiznaných invalidních důchodů pro schizofrenii v ČR (dříve v ČSSR) stoupající trend a dá se očekávat nárůst podílu schizofrenie na invaliditě u nás i v celém hospodářsky rozvinutém světě. Studie prokázaly, že v méně rozvinutých zemích jsou sociální důsledky onemocnění příznivější. Na jedné straně je pravdou, že ve vyspělých zemích mají nemocní lepší přístup k léčbě, ale na druhé straně

vzniká otázka, zda tyto výkonově orientované společnosti dokážou těmto lidem skutečně pomoci.

Na vztah schizofrenie a společnosti ukázaly již americké studie Farise a Dunhama ve 30. letech 20. století., kdy našli zvýšenou prevalenci schizofrenie v chudinských čtvrtích Chicaga oproti výskytu v bohatších částech města. Uvažovalo se o etiologickém významu špatných sociálních podmínek. Tyto nálezy však byly později vysvětleny teorií sociálního skluzu, podle které se předpokládá, že nižší sociální status schizofreniků je důsledkem, nikoliv příčinou onemocnění (Libiger in Hóschl , Libiger, Švestka, 2002).

Nepříznivý sociální dopad schizofrenního onemocnění se projevuje nejen v jeho pracovní schopnosti, ale i v rodině, tito nemocní jsou jen ve velmi malém procentu schopni žít v dlouhodobém vztahu, mnohdy nemoc propukne tak brzo, že takový vztah ani nestihnou vytvořit. Ne vždy je schopna nukleární rodina takto nemocného člověka akceptovat. Navíc tendence k izolaci může být i samotnou součástí onemocnění.

Další oblastí, kde se úpadek nemocných projevuje je oblast trávení volného času. I to souvisí především s vlastními symptomy nemoci zvl. s ochuzením zájmů, snížením aktivity, často však může jít o pocit nedostatečnosti vůči zdravým jedincům, pocit stigmatizace. Někdy hraje roli i omezení finanční při již zmíněném nízkém sociálním statusu velké části schizofreniků (Novotný in Pečeňák, 2005).

A tak se může stát, že nemocný tráví většinu času doma, od snídaně přes oběd k večeři, mezi tím vykouří 1-2 krabičky cigaret event. sleduje televizi. Od toho je jen kousek k přidružení závažných tělesných onemocnění - plicních, kardiálních nebo metabolickému syndromu.

Afektivní poruchy mají, alespoň co se týče reziduí, prognózu lepší, mimo ataky většina nemocných nevykazuje významnější patologii, zachovává si pracovní způsobilost. I zde se však mohou vyskytnout průběhy méně příznivé např. rychlí cykléři, pacienti farmakorezistentní, chronifikované deprese, pacienti s polymorbiditou¹ jak psychickou tak tělesnou.

K tomu, aby škody po proběhlém onemocnění byly minimalizovány, by měly sloužit právě resocializační programy. Jejich cílem by mělo být zachování co největších sociálních kompetencí nemocných (Seifertová, 1998).

¹ přítomnost několika chorob současně

2 HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

2.1 Zacházení s duševně nemocnými od pravěku po středověk

„Duševní poruchy provázejí lidstvo celou jeho existencí. Nejsou ničím novým nebo typickým pro dnešní dobu“ (Pavlovský 2002, s. 11).

Duševní nemoc byla vnímána u lidí již od samotného **pravěku**. Považovali ji za boží trest a proti ní se bránili pomocí amuletů nebo pokusy šamanů o vyhnání démona z těla. To úzce souviselo s převážně magickým pojmáním tehdy nevysvětlitelných i nejjednodušších přírodních jevů a tím i nemocí a poruch. Nemoci byly spojovány s posedlostí zlými duchy a podle toho vypadala i léčba. S pravěkem je tedy spojen především vznik lidového léčitelství. Lze vystopovat ale i pokusy s jistým racionálním prvkem. Tím bylo např. podávání odvarů různých bylin. (Svoboda, 2006).

Popis některých duševních poruch lze nalézt ve **starověku**. Psychiatrická onemocnění byla mezi prvními nemocemi, které byly jednotlivě rozpoznány a popsány. Poznatky o duševně nemocných čerpáme hlavně z dochovaných papyrů. Asi nejstarší lékařský dokument - Eberův papyrus, pocházející z r. 1900 př. n. l., obsahuje již popis specifického syndromu jako je deprese. (Mečír in Zvolský a kol., 2006).

Lidé si stále nebyli schopni vysvětlit nejjednodušší přírodní jevy, proto místo racionálních příčin uvažovali o zásahu různých nadpřirozených sil a mocností. Duševní nemoci byly považovány za projev božího hněvu případně posedlostí zlými duchy či démony. Proto se toto pojetí duševních poruch nazývá démonologií (Raboch in Zvolský a kol., 1996).

V Egyptské říši bylo léčení duševních poruch uskutečňováno na posvátných místech, kde pomocí modliteb a zařikávání vyháněli zlého ducha z těla. Nemocní byli uváděni do zvláštního stavu pomocí kadidla (tzv. chrámového spánku), při němž bylo nutné odřikávání monotónních náboženských formulí. I v Indii a Číně si mysleli, že duševní nemoc je způsobena nadpřirozenými silami, zlými duchy a démony, bohy nebo duší mrtvého. Např. Indové zanechali popis epilepsie a šílenství. Šílenství dle nich vznikalo nevhodnou stravou a špatným mísením tělních látek. Avšak zdůrazňovali lidský přístup k duševně chorému (Pavlovský, 2002).

Velkým pokrokem byly myšlenky největšího lékaře antického Řecka, Hippokrata. Jeho názory vyšly z filosofického učení o živlech. Duševní rozpoložení

a povaha každého člověka byly dle něj dány poměrem a mísením tělesných šťáv. Hippokrates tak dělil jedince podle jejich temperamentu. Od něho pochází dodnes užívané určení čtyř základních povahových typů (sangvinik - s nadbytkem krve, choleric - s převahou žluté žluči, flegmatik - s nadbytkem hlenu a melancholik s převahou černé žluči). Příčiny duševních chorob kladl do mozku. Všechny formy duševních chorob zařazoval pod pojem paranoia. Podle toho, která tělesná šťáva zaplavila mozek, vznikla různá psychopatologie. Jeho následovníci Asklepiades, Soranus a Galén považovali duševní nemoci za projev tělesné poruchy a zcela opustili předchozí mystické názory. Galén, poslední z velkých lékařů antiky, tvrdil, že duševní onemocnění mohou být způsobena přímým poškozením mozku nebo odpovědí mozku na nemoc jiné části těla. Podle Platona zase vznikaly duševní choroby z tělesných podmínek nebo měli božský původ. Rozeznával tzv. apatii a mánii. Prosazoval, aby se zuřiví duševně choří zahubili a klidní byli pod dozorem. Již výše zmiňovaný Asklepiades zase odmítal omezovací prostředky např. pouštění žilou a propagoval houpání na visuté posteli ve světlé místnosti, sprchy, tělocvik nebo masáže. Doporučení, jak léčit duševně nemocné měl i Cicero. Propagoval léčení pomocí filosofie (Raboch in Zvolský a kol., 1996).

Během **středověku** byly započaty pokusy realizovat nemocniční péči o duševně choré, byla tendence oddělovat je od zdravých lidí. Vytvářela se hospitální soustava při kláštorech. Do těchto špitálů byli přijímáni v první řadě ti, kteří mohli později odkázat majetek klášteru, jen zcela ojediněle duševně choří. Náplň kulturního života ve středověku byla věcí církve, takže i lékařství bylo v její moci. Především tedy pod vlivem tehdejších církevních názorů byly duševní poruchy opět demonizovány. Duševně choří nebyli považováni za nemocné, ale jejich existence byla dokladem existence padlých ďáblů, kteří do nich vstoupili. To vedlo opět k vymítání zlého ducha, modlitbám a zařikávání. Tehdy se při léčení používalo pouštění žilou a pálení části vlasové lebky. Objevovaly se i tzv. kacířské názory, kdy někteří učenci tvrdili, že šílenství je satanovým dílem. I když je středověk znám svými „hony na čarodějnice“, ty začaly nejprve jako boj s kacířstvím a až v 2. pol. 13. stol. se boj přesunul na kouzelníky a věštce. V roce 1326 papež Jan XXII v bule Super Ilius Specula klade rovnítko mezi kouzelníky, věštce a heretiky. V r. 1439 vzniká známá kniha Malleus Maleficarum - Kladivo na čarodějnice, která tyto názory shrnuje. Slouží jako příručka k vynucování přiznání o posedlosti i za použití mučení. Obviňování a upalování byli čarodějové tj. duševně nemocní trpící převážně hysterií, bludy, halucinacemi a nepohodlní lidé.

Nevěřit v činnost čarodějnic bylo v té době považováno za největší kacířství. Na našem území došlo k nejvýraznějšímu rozšíření čarodějnických procesů v druhé polovině 17. století na Severní Moravě a Slezku. (Mečír in Zvolský a kol., 2006).

2. 2 Azylová zařízení

Od konce 15. stol. sílí názory pokrokových lékařů o tělesné podstatě duševních chorob. Basilejský profesor Felix Platter již znovu dává do souvislosti vznik duševní poruchy s onemocněním mozku. Je vůbec prvním tvůrcem systematické klasifikace duševních chorob a je tím, kdo vrací psychiatrii zpět do rukou lékařů. Přesto postavení duševně nemocných zůstává nadále velmi smutné. Onemocnět duševní chorobou bylo velkou společenskou hanbou. Lidé byli běžně drženi v temných sklepech a poutáni řetězy. Pro obveselení veřejnosti byli předváděni v klecích jako dravá zvěř. V některých částech Evropy byly dokonce zřízeny rezervace, kde mohli být volně zabijeni. Určité ochrany se jim dostávalo snad pouze v klášterních špitálech. Od 15. století se objevují i špitály městské. Prvním zařízením na našem území byl azyl pro duševně nemocné ve Znojmě z roku 1458. V 15. stol. vznikaly azyly i ve Španělsku a Anglii. V ostatních částech Evropy převážně až ve století 16. (Pavlovský, 2002).

Koncem 15. stol. a začátkem 16. stol. se také prosadily nové filosofické směry, které vyústily v kulturu humanismu a renesance. Setkáváme se s pravidly pro zacházení s duševně chorými. Byli opatrováni příbuznými, kteří za ně nesli veškerou odpovědnost. V oblasti psychiatrie hovoříme o 1. psychiatrické revoluci jako o myšlenkovém směru, který začal bojovat proti oficiální démonologii. Hlavním představitelem byl Johann Weyer, který je považován za otce psychiatrie, prvního psychiatra - klinika a deskriptivního psychiatra. V popředí jeho zpráv o duševně chorých byla vždy fakta, která on sám viděl a slyšel. Duševně nemocní byli umísťováni do nemocnic, na přelomu 17. a 18. stol. do káznic (Raboch in Zvolský a kol., 1996).

Konečně v r. 1755 ruší císařovna Marie Terezie pod silným vlivem svého osobního lékaře Van Swetena zákon o čarodějnictví a čarodějnictví je zakázáno. V našich zemích byla poslední čarodějnice oficiálně upálena v r. 1782 ve Velkých Losinách, ale existují zmínky i o několika upáleních během 19. stol. (poslední případ z Mexika z r. 1874) (Mečír in Zvolský a kol., 2006).

2. 3 Počátky klasifikace psychotických onemocnění a první pokusy o léčbu

Zrušení zákona o čarodějnictví bylo také jedním z projevů osvícensko - humanistického myšlení, které v průběhu 18. stol. vyústilo v ideály Velké francouzské revoluce. Teprve v 18. století se tedy osud duševně chorých pozvolna zlepšoval. (Baudiš, 2002).

Symbolem osvobození, humanitních principů a zlepšení hygienických podmínek se stal Philip Pinel (1745 - 1826). Provedl reformu péče o duševně choré a prosadil zřizování ústavů, v nichž bylo s duševně nemocnými zacházeno humánně, „zbavil je řetězů“. Zaměstnával je jednoduchými pracemi na poli, k léčbě neklidu užíval opiovou tinkturu a zavedl psychoterapeutickou metodu zvanou psychodrama. (Pavlovský, 2002). Tyto zásady postupně překročily hranice a našly další stoupence v Rusku, Itálii, Anglii a dalších zemích. V této době je tedy péče o duševně choré humanizována, lze mluvit o tzv. 2. psychiatrické revoluci. Tento vývoj moderní psychiatrie je spojován kromě P. Pinela i se jménem Etienna Dominiquea Esquirola (1772 - 1840). Ten poučen hrůzou revoluce, rozpracoval terapeutickou nauku, zkoušel vše, co bylo v té době známé - mesmerismus¹, muzikoterapii aj. (Svoboda, 2006).

Psychiatrie jako lékařský obor vzniká koncem 18. a počátkem 19. stol. Byly poprvé odlišeny psychózy (Velká psychiatrie - pravé duševní choroby) a (neurózy - Malá psychiatrie) (Raboch in Zvolský a kol., 1996).

V našich zemích dochází k rozvoji specializované a systematické péče o duševně nemocné za vlády Josefa II. Zásahu na tom měl i řád Milosrdných bratří, který už od 17. stol. buduje po celém území své nemocnice. Nejprve jsou do těchto nemocnic přijímáni duševně nemocní kněží, ale později i civilní osoby bez ohledu na náboženství. Vzniká ústav pro pomatené v budově zrušeného kláštera u Sv. Anny v Brně. V Praze bylo otevřeno samostatné oddělení v nemocnici u Sv. Alžběty pro duševně nemocné ženy. V r. 1790 byla založena Všeobecná nemocnice, kde byla těmto pacientům vyhrazena jedna budova - tzv. Tollhaus. V r. 1882 byl otevřen další ústav a to v augustinském klášteře sv. Kateřiny. S rostoucí populací a zvyšující se zaměstnaností narůstá potřeba budovat další nové ústavy. V Praze vzniká tzv. Nový dům, který od

¹ mesmerismus – léčebná metoda, která je považována za rannou formu hypnoterapie a metody léčení pomocí rukou. Autorem je rakouský lékař a léčitel švýcarského původu Franz Anton Mesmer.

r. 1886 slouží dodnes jako psychiatrická klinika. Vznikaly i další ústavy po celých Čechách, kde bylo využíváno Pinelovy koncepce. Mezi nejvýraznější osobnosti a osobností, která má velké zásluhy na rozvoji psychiatrie vůbec patří profesor Jan Theobald Held (1770-1851), který bývá označován za prvního klinického psychiatra v Čechách. Během svého působení v pražském ústavu pro duševně nemocné u sv. Kateřiny zřídil pro nemocné knihovnu, čítárnu, hudební místnost, zavedl léčbu zaměstnáním, práci v dílnách a tělesné cvičení (Pavlovský, 2002).

Když sledujeme vývoj názorů na duševní choroby a jejich klasifikaci, zjišťujeme, že od původních magických vysvětlení přechází vývoj spíše k deskriptivnímu popisu příznaků, které jsou shrnovány do vyšších celků (syndromy, nemoci). 18. a 19. stol. je tedy především zlatým věkem nozologického pojetí duševních poruch a deskriptivního dělení podle symptomatiky či příčiny. Wilhelm Griesinger (1817-1869) vytvořil model psychiatrie jako vědy a zpracoval patologii a terapii duševních nemocí. Přednosta psychiatrie ve Vídni Emil Kraepelin zase založil klasifikaci hlavních psychických poruch. Z původních pojmů, jsou oddělovány jednotlivé duševní poruchy jako třeba dementia praecox (E. Kraepelin, 1856 - 1926) později přejmenována na schizofrenii (E. Bleuer, 1857 - 1939), cyklofrenie (J. Bailanger, 1809 - 1890), organické duševní poruchy (Bleuer, Griesinger), akutní exogenní reakční typy (K. Bonhoeffer) a další. (Svoboda, 2006).

V 2. pol. 19. stol. již vznikají pobočky městských nemocnic v podobě specializovaných ústavů - dnešních psychiatrických léčeben (např. Kosmonosy, Černovice, Dobřany, Opařany). Se zakládáním nových univerzit a lékařských fakult se rozvíjí i lůžková základna na psychiatrických klinikách v Plzni, Hradci Králové nebo Olomouci. Posléze vznikají i některá psychiatrická oddělení v rámci nemocnic. (Pavlovský, 2002).

2. 4 Zavedení psychofarmak v polovině 20. stol.

Od počátku 20. stol se psychiatrie vyvíjí dvěma směry:

1. Biologická psychiatrie - duševní nemoci jsou důsledkem organického poškození CNS. Zavádí se biologické šokové metody, mohutně se rozvíjí psychofarmakologie, používá se EEG, aplikují se poznatky z biochemie, neurologie, histologie aj.

2. Sociální psychiatrie – soustřeďuje se především na sociální prostředí a na psychické faktory, které jsou důležité pro řešení etiologie, rehabilitace a resocializace duševně nemocného (Svoboda, 2006).

Postupně dochází k určitému rozvolnění diagnostických schémat. Proti do té doby převládajícímu organickému modelu duševních poruch propagovaným např. T. Meynertem (1833-1892) a K. Wernickem (1848-1904) je postaven model psychosociální především pod vlivem psychoanalýzy a navazujících psychodynamických škol. Tím byl podstatným způsobem zmenšen význam deskriptivní klasifikace. Zdůrazňuje se individuální přístup k pacientovi jako k jedinečné osobnosti. Tento vývojový trend dochází ke svému extrému v pol. 20. stol. antipsychiatrickým hnutím, který zcela odmítal medicínský model duševní choroby. Diagnózy byly označovány za „nálepky“ a tvrdí, že jejich používání může vést k tomu, že takto označení jedinci byli vyloučeni ze společnosti a totálně znehodnoceni.

V téže době se zvyšuje význam tzv. **farmakomorfního modelu psychických nemocí**, který souvisí s objevy nových psychofarmak (Raboch, 1996). V roce 1903 jsou objeveny barbituráty, v roce 1933 inzulin, o dva roky později kardiazol, které byly po nějakou dobu používány k terapii psychóz. Během 2. světové války byly objeveny halucinogenní účinky kyseliny lyzergové (LSD). Mezníkem v terapii psychóz však byl objev chlorpromazinu (Deley a Deniker v r. 1952), po němž následovala celá řada dalších léků označovaných jako neuroleptika. Hovoří se o 3. psychiatrické revoluci, neboť tyto léky změnily atmosféru v psychiatrických zařízeních a umožnily řadě pacientů návrat do běžného života. Po chlorpromazinu přišla na řadu antidepresiva (imipramin, Kuhn kolem r. 1957). V roce 1965 byl objeven i diazepam (Baudiš, 2002).

Zatímco 60. - 80. léta minulého století kladla důraz především na ústup pozitivních příznaků, což klasická neuroleptika (chlorpromazin, flufenazin, perfenazin, levomepromazin a jiné) výborně dokázala, 90. léta byla ve znamení nástupu antipsychotik 2. generace (někdy také atypická antipsychotika). Ta dokáží ovlivnit i příznaky negativní, mají významně nižší výskyt nežádoucích účinků a dnes představují léky první volby. Další výzkum se ubírá různými cestami a je zaměřen na zvládnutí kognitivního deficitu, který je dnes považován za jádrový příznak schizofrenie (Tůma in Raboch, Doubek, Zrzavecká, 2002).

Vedle farmakoterapie se rozvíjí také různé psychoterapeutické směry:

- psychoanalýza Sigmunda Freuda,

- individuální psychologie,
- analytická psychologie,
- dynamická psychoterapie,
- pavlovská psychoterapie,
- antropologická psychoterapie,
- behaviorální psychoterapie.

Rozvíjí se rovněž psychiatrická rehabilitace, pomalu vznikají denní sanatoria, doléčovací střediska, vyvíjí se ústavní socioterapie tj. psychoterapie, resocializace a readaptace. Začíná se rozvíjet i koncepce terapeutické komunity (Zvolský, 1996).

2. 5 Rozvoj komunitní péče

Pokroky v léčbě umožnily většině nemocných žít život s většími či menšími omezeními mimo zdi ústavů. To vedlo k redukci nemocničních lůžek a rozvoji ambulantní péče. Psychiatrické ambulance a psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a léčeben tvoří poměrně ucelenou síť, avšak jednotlivé složky spolu komunikují jen minimálně (Křička in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Důležitým krokem se tedy stává přesunutí péče mimo zdravotnická zařízení a hospitalizace přestává být hlavní formou psychiatrické léčby. Začíná se rozvíjet koncept tzv. **komunitní péče**.

První koncepty komunitní péče o osoby s duševní poruchou vznikaly v polemice o stavu psychiatrie především ve velkých psychiatrických léčebnách. Léčebny se stávaly v měnícím se klimatu 20. stol. stále více terčem kritiky, která podnítila hledání efektivnějších a lidsky přijatelnějších alternativ. Dosavadní péči bylo vytýkáno především to, že hospitalizací v psychiatrických léčebnách je pacient vytržen z reálného světa, nejsou zohledněny jeho potřeby, musí se podřítit pravidlům léčby, aniž by ji mohl jakkoliv ovlivnit. Argumentem bylo i to, že pacientovi chybí prostor pro uplatnění a rozvíjení sociálních dovedností. Postupně se tedy definovala a zpřesňovala poptávka po jiné alternativě služeb, která by splňovala následující předpoklady:

- péče probíhá v co nejvíce v přirozeném prostředí klienta,
- identifikují se individuální potřeby klienta a hledají se možnosti jejich naplnění,
- existuje celá škála služeb, potřebných pro komplexní řešení problému klienta,

- péče je dostupná a koordinovaná s dobře propojenými dílčími službami (Kříčka in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Vedle teoretické rozpravy vznikaly spontánně i první služby. Jednou z prvních variant mimonemocniční psychiatrické péče, která má u nás už více než padesátiletou tradici, jsou noční a denní sanatoria. Jsou mezičlánkem mezi lůžkovým zařízením a ambulancí. V r. 1950 vzniklo první noční sanatorium u nás na Psychiatrické klinice v Olomouci. V r. 1969 již existuje noční sanatorium zaměřené na resocializaci schizofreniků v Psychiatrické léčebně Šternberk. Pro psychotiky je od r. 1964 dodnes v provozu Denní sanatorium v Psychiatrické léčebně v Brně - Černovicích.

Dalším zařízením mimonemocniční péče, s nimiž jsou u nás zkušenosti, představují chráněné dílny. Ty se zaměřují především na léčebnou a pracovní rehabilitaci psychiatrických pacientů. Mezi prvními byla otevřena pro psychotické pacienty chráněná dílna v Praze v rámci VDI Obzor v r. 1977.

Vedle denních a nočních sanatorií vznikají i další zařízení, které jsou tzv. „na poloviční cestě“ mezi lůžkovou a ambulantní péčí. Mezi ně patří např. různé socioterapeutické kluby, bytové komunity a další (Bouček, 2000).

Po r. 1989 dochází k rozvoji extramurální péče jak v oblasti urgentní psychiatrické pomoci - krizová centra, tak i v oblasti doléčování a rehabilitace psychiatrických pacientů - denní stacionáře. Od r. 1996 je registrováno občanské sdružení Asociace Denních stacionářů a Krizových center (Bouček, 2002).

Postupně vznikaly i další zařízení, které měly ambice stát se součástí budoucí komunitní péče např. sdružení Fokus, které vznikalo ze začátku bez jakékoliv oficiální podpory.

K dalšímu rozvoji mimonemocniční a komunitní péče u nás přispělo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví vedené J. Pfeifferem v koordinaci s Ministerstvem zdravotnictví ČR a nizozemským ministerstvem zahraničních věcí. Díky jim vznikl projekt MATRA I. a MATRA II. Např. projekt MATRA I.: Regionální komunitní péče umožnil vznik ucelenějších komunitních programů v Pardubicích, Mladé Boleslavi i v Praze (Kříčka in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Do projektu Matra II pak byla zahrnuta Psychiatrická léčebna v Brně - Černovicích, Jihlavě, Bílé Vodě a ve Lnářích. I v rámci těchto psychiatrických léčeben a ve spolupráci s občanskými sdruženími pak vznikají centra denních aktivit, domy na půl cesty a další zařízení komunitního typu (Bouček, 2002). O těchto zařízeních a komunitní péči bude podrobněji pojednáno blíže v kapitole Komunitní péče v ČR.

Na závěr je nutno zmínit ještě projekt MATRA III. - Projekt na podporu vzdělávání, který rovněž vznikl v rámci česko - holandské spolupráce. Jeho cíle jsou poměrně široké od vytváření výukových materiálů, po jejich implementaci, ovlivnění vzdělávání profesionálů v oblasti péče o duševní zdraví. Dlouhodobým cílem je změna situace a praxe v péči o duševně nemocné a přechod od centralizované péče k péči komunitní (<http://www.cmhcd.cz/matra.html>).

Vznik komunitních zařízení a přesunutí péče i mimo zdravotnické služby snižuje nejen počet dnů hospitalizace, péče je levnější a nevede ke zvýšení kriminality, agresivity a mortality, ale především přispívá ke zlepšení kvalita života pacientů samotných (Vachková, 2008).

3. RESOCIALIZACE PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ

3. 1 Objasnění pojmu psychiatrické resocializace

Pojem resocializace byl v průběhu práce již několikrát zmíněn. V této kapitole bude tedy o problematice resocializace a dalších pojmu, které s ní úzce souvisí pojednáno blíže.

Resocializace je většinou chápána širěji jako proces znovuzачlenění, znovuuvedení jedince do společnosti, komplex průběžně realizovaných činností, opatření a aktivit, které jsou zaměřené na novou socializaci jedince. Zjednodušeně řečeno jde o „*návrat ke správnému společenskému fungování*“ (Pavlovský, 2002, s. 130).

Sociologický slovník vymezuje resocializaci jako „*snahu zapojit se do života jedince, který už socializačním procesem prošel a z nějakého důvodu byl z daného společenství vyřazen*“ (Jandourek, 2001, s. 201). Neobejde se bez změn postojů a bez změn hodnotové orientace. Pak k takovému procesu dochází nejen v souvislosti se změnou zdravotního stavu, ale i se vstupem do nové životní fáze nebo při podstatné změně zaměstnání. Často bývá tento pojem zmiňován i v souvislosti s jedinci propuštěnými z vazby či jinak postiženými osobami, které je nutno uvést zpět do původního prostředí, ze kterého vzešli (Kraus, 2006).

V našem případě se jedná o lidi trpící určitou formou psychotické poruchy. Proto budeme mluvit o resocializaci psychiatrické.

Cílem **psychiatrické resocializace (používá se také termín sociální, psychosociální či psychiatrická rehabilitace)** je naučit nemocného žít s handicapem, pomocí reedukačních a readaptačních metod a postupů obnovit staré a získat nové sociální zručnosti a zlepšit tak jeho sociální fungování. Resocializace se snaží dotyčnému pomoci znovu se začlenit do původního sociálního prostředí, udržet se v něm a dosáhnout co nejvyšší kvality života (Čaplová in Kolibáš a kol., 2007).

Často užívaný termín stejného významu „**sociální či psychosociální rehabilitace**“ je pojmem starším, vytvořeným před devadesátými léty profesionály, kteří spíše vylučovali biologickou léčbu a zdůrazňovali především sociální komponentu. V současné době je psychiatrická rehabilitace (resocializace) brána jako pojem, který

označuje celkový přístup zahrnující v sobě různé postupy a typy intervencí navazující na léčbu biologickou nebo psychoterapeutickou (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková in Pěč, Probstová, 2009).

Léčba je více zaměřena na poškození (impairment - u psychicky nemocných jde např. o psychotické symptomy), rehabilitace se zaměřuje na postižení (disability - u psychicky nemocných např. na deficit sociálních dovedností). Navíc rehabilitační intervence zaměřené na změnu systému, ve kterém postižení fungují, pomáhají překonávat sociální aspekty handicapů vážně duševně nemocných. Rehabilitace tedy ovlivňuje i handicap (Pěč, Probstová, 2009).

Hranice mezi léčbou a rehabilitací či resocializací je velmi otevřená. V následujících kapitolách, budou tyto intervence popsány jednotlivě, ačkoliv spolu úzce souvisí, navazují na sebe či se vzájemně podmiňují. Jejich cíle, účinné mechanismy a postupy se prolínají (Čaplová in Kolibáš, 2007).

3. 2 Léčba biologická a psychoterapeutická

Jak již bylo uvedeno dříve, psychotická onemocnění jsou choroby léčitelné, i když mnohdy nedojde k úplnému uzdravení. Léčba může trvat velmi dlouho a bývá obvykle kombinovaná. Jde o psychofarmakologickou léčbu resp. léčbu pomocí jiných biologických metod, která je doplněna psychoterapií resp. socioterapií (Vágnerová, 2004).

Psychoterapie slouží především k podpoře nemocného při zvládnání nemoci, k porozumění podstatě jeho choroby, porozumění sobě samému, vytvoření účelnějšího vztahu k sobě i k vnějšímu světu, ale i ke zlepšení sociálních dovedností. Důležitou součástí je psychoterapeutický přístup k nemocnému, je třeba respektovat úzkosti a obavy pacientů, jejich pomalost i adaptační potíže. Psychoterapie také slouží jako metoda podporující postupnou úpravu a změnu životního stylu. Základní formou je podpůrná psychoterapie, která je zaměřena na zklidnění pacienta a přijetí léčby. Postupně v rámci určitého zlepšení lze použít i jiné formy individuální psychoterapie (např. kognitivní, behaviorální, rogersovskou či hlubinnou), event. psychoterapii skupinovou. Léčbě dále velmi prospívá dostatečně pevné zázemí ze strany rodiny a jeho nejbližšího okolí (kamarádi, partneři). Ke zlepšení perspektivy rodinného života přispívá rodinná či párová terapie. Je zaměřena na zlepšení vzájemné komunikace a odstranění rušivých aspektů. Přispívá nejen k uvolnění napětí v rodině, ale pomáhá

také rodinným příslušníkům k porozumění podstatě nemoci a následné spolupráci ve prospěch úpravy stavu nemocného. Obranné reakce, které si zdraví členové vytváří jsou právě jedním z faktorů, které stěžují úpravu situace. Je podstatné, aby se rodina naučila rozeznávat mezi chtěným a nechtěným chováním, dokázala poznat manipulaci a věděla, kde stanovit hranice. Takže i s rodinou je dobré terapeuticky pracovat. K tomu slouží tzv. příbuzenské skupiny, kde vzniká atmosféra vzájemné podpory a porozumění (Vágnerová, 2004). K většímu porozumění a pochopení slouží i psychoedukační programy, které napomáhají jak nemocnému, tak jeho nejbližšímu okolí.

Socioterapie se zaměřuje na aktivizaci nemocných a na podporu rozvoje různých praktických činností. Hlavním cílem je dosažení přijatelné sociální adaptace a sociální integrace v oblasti bydlení a zaměstnání (Vágnerová, 2004). Světová zdravotnická organizace vidí poslání socioterapie především také v poskytnutí danému objektu možnost vytvoření příznivých sociálních kontaktů pro udržení nebo znovuutvoření přiměřeného sociálního chování. Úkolem je posílit, obnovit a udržet zájem o reálný společenský život a vztahy v něm (Kraus, 2006).

Zlepšování těchto dovedností je předmětem zájmu především psychiatrické rehabilitace, jíž je věnována následující kapitola.

3. 3 Psychiatrická rehabilitace

Psychiatrická rehabilitace představuje soubor opatření, které mají za cíl odstranit nebo alespoň minimalizovat následky psychické choroby a dosáhnout co nejrychlejší obnovy zdraví resp. pokusit se o celkový návrat jedince na původní místo ve společnosti (Čaplová in Kolibáš a kol., 2007).

Někoho rehabilitovat znamená učinit ho znovu schopným, tj. vrátit mu nebo alespoň částečně nahradit některé jeho osobní vlastnosti a schopnosti, společenské postavení i funkce, které měl nebo zastával a které přechodně nějakým zásahem ztratil, nebo v jejich používání byl do určité míry omezen. Označení „psychiatrická“ znamená, že se rehabilitace týká duševních onemocnění a navazuje na ostatní psychiatrickou léčbu včetně léčby biologické nebo psychoterapeutické (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková in Pěč, Probstová, 2009).

Rozsah působnosti psychiatrické rehabilitace zdůraznil Wiliam Anthony a jeho spolupracovníci a je definován jejím posláním. Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat

tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory (Anthony, 2002). To znamená, že záměrem rehabilitace je zvýšení vlastního fungování za současného snižování profesionální pomoci a že výsledek rehabilitace by měl odpovídat jak požadavkům prostředí (úspěch), tak vnitřnímu uspokojení jednotlivce (spokojenost). Prostředí k životu si jedinec vybírá sám, nemělo by být určeno jen vůlí pracovníka, a dává možnost využití různých možností chráněnosti prostředí (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková in Pěč, Probstová, 2009).

Psychiatrická rehabilitace zahrnuje péči na úrovni jedince, jeho okolí a společnosti, ve které se nemocný nachází. Probíhá v souladu s přáním klienta, jeho schopnostmi i omezeními. Klade si za cíl dosáhnout co největší nezávislosti a samostatnosti a to nejen pro pacienta samotného, ale i ve vztahu k ostatním (Pěč, Probstová, 2009).

Rehabilitace se soustřeďuje na specifický kontext, ve kterém osoba žije, vzdělává se, socializuje se či pracuje. Tento kontext zachycují tzv. životní domény (bydlení, práce, učení se, volný čas, rekreace) a tzv. osobní domény (osobní péče, zdraví, sociální vztahy, účel a smysl). V rámci těchto životních domén v minulosti vznikaly a stále vznikají komplexnější a formovanější rehabilitační intervence, které i u nás poskytují organizace zabývající se psychiatrickou rehabilitací. Jim bude věnována větší pozornost v kapitolách týkajících se komunitních služeb (http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_04.pdf).

V současné době pod pojem psychiatrická rehabilitace spadá mnoho různých přístupů. Všechny ale mají tyto společné prvky:

- snaží se dát klientovi naději na lepší budoucnost,
- vyzdvihují důležitost práce a smysluplné denní aktivity,
- nutnost aktivního zapojení do procesu a dlouhodobý charakter rehabilitace, který překračuje hranice jednotlivých institucí (Bachrachová in Pěč, Probstová, 2009).

Zjednodušeně ale můžeme rozlišit 3 směry psychiatrické rehabilitace, které se nazývají podle místa jejich vzniku.

Prvním je Bostonský směr, vedený profesorem Anthonym. Ten ukázal, že člověk s těžkou psychosociální nedostatečností je za přiměřené a dostatečné podpory schopen stanovit si svůj cíl osobního rozvoje. Důraz je kladen na rozvoj pacientových schopností a hlavní metodou práce je učení. Klient je především žák. Dle Antonyho (2002)

rehabilitace maximalizuje zdraví na rozdíl od léčby, která minimalizuje symptomy (Vachková, 2008).

V Los Angeles je představitelem R. P. Liberman. Tento směr vyvinul řadu modulů na trénink sociálních dovedností. Považuje klienta za asertivního pacienta a rozpracovává podrobně trénink dovedností. Příkladem je program nazvaný Social and Independent Skills, který využívá prvky sociálního učení, rozvíjí další schopnosti uplatňované v péči o sebe a rodinu, ale i další dovednosti potřebné pro zvládnání požadavků běžného života. Součástí je i trénink kognitivních funkcí. K němu je využíváno počítačů, trénuje se paměť, pozornost, schopnost abstrakce apod. (Liberman, 1992).

G. Shepherdem a D. Bennetem je zastoupen Britský model. Tito představitelé ukázali vliv prostředí a problém přenosu dovedností zvládnutých v jednom prostředí do druhého. Pacient je veden k tomu, aby se naučil využívat toho, co mu prostředí nabízí. Britská tradice dává přednost pečlivě vytvořenému systému péče a úpravě prostředí, ve kterém klient „jako uvědomělý uživatel péče“ žije. Toto prostředí je nutné zabezpečit kvalitními službami (Vachková, 2008).

V psychiatrické rehabilitaci lze rozlišit také 3 hlavní směry podle oblasti zacílení rehabilitačního procesu:

- redukce a vyřešení problému
- zlepšení každodenního fungování
- zaměření se na osobnostní rozvoj

Rehabilitace také pomáhá člověku s psychiatrickým postižením v jeho procesu uzdravy (recovery). Úzdava je proces, během kterého člověk dosahuje stavu, kdy může žít plnohodnotný a uspokojující život i s vážnými zdravotními postiženími. Zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života člověka. Úzdava nepředstavuje pro nemocného dosažení úplného vymizení symptomů, ale úspěšnou životní adaptaci i přes přetrvávající symptomy. Za zmínku stojí i rodina nemocného, o které bylo už také pojednáno a která je důležitou složkou rehabilitace. Její zapojení pomáhá nemocným získat větší jistotu, může snížit i výskyt relapsů.

Na závěr kapitoly budou uvedeny ještě základní principy rehabilitace, kterými se zabývala řada autorů. Vzhledem k různým přístupům, kladou autoři důraz na různé věci, přesto se v zásadě shodují na těchto principech, které uvádí Anthony (2002):

- rehabilitace je primárně zaměřena na zlepšení schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým postižením,
- přínosem pro klienta je zlepšení chování v prostředí, které potřebuje,
- přechodné zvýšení závislosti může vést k postupné nezávislosti,
- základní intervence jsou rozvoj klientových dovedností a rozvoj zdrojů podpory v okolí,
- aktivní účast a začlenění osob do rehabilitačního procesu,
- důležitá je i dlouhodobá terapie léky,
- rehabilitace je eklektická v použití různých technik,
- a hlavní složkou rehabilitačního procesu je naděje (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík, Krivošíková in Pěč, Probstová, 2009).

V rámci efektivity psychiatrické rehabilitace by bylo samozřejmě správné zachovat kontinuitu péče, návaznost mezi hospitalizací a zařízeními, která se věnují psychiatrické rehabilitaci. Tohoto ideálu ale často není dosaženo. U mnoha hospitalizovaných pacientů nenásleduje po propuštění psychosociální péče a poté je často výsledkem cyklus recidivy a rehospitalizace (Pěč, Probstová, 2009).

3. 4 Rehabilitační a resocializační metody

Využívání rehabilitačních metod má při léčbě psychických chorob již dlouhou tradici. S prvními snahami ovlivnit zdravotní stav pomocí vhodně volených pracovních aktivit střídaných s koupelemi, tělesným cvičením s relaxací pomocí hudby, se setkáváme již ve starověku. Původně se rehabilitace orientovala především na ovlivnění reziduí po překonaném psychickém onemocnění a její metody byly aplikovatelné až na konci léčby. (Čaplová in Kolibáš a kol., 2007). Dnes je zdůrazňován integrativní přístup, který vyžaduje propojenost léčby a rehabilitace a uplatňování týmové práce již od počátku onemocnění. Tým je tvořen rehabilitačními pracovníky, psychiatry, psychology, sociálními pracovníky, dalšími zdravotnickými profesionály, ale také samotným pacientem a jeho nejbližším okolím (Flexer a Solomon in Pěč a Probstová, 2009).

K rehabilitačním a resocializačním metodám patří:

Pracovní terapie - ergoterapie

Je základní a zároveň i jednou z nejdůležitějších složek psychiatrické rehabilitace. Návrat do zaměstnání bývá totiž pro nemocného velmi obtížný. Lidé trpící psychotickými poruchami bývají často méně výkonní, ztrácí své původní pracovní návyky a jsou i hůře adaptabilní. Na jedné straně nemocný nemusí mít všechny potřebné kompetence, aby byl schopen zvládnout zátěž spojenou s danou profesní rolí, ale na straně druhé mohou být reakce spolupracovníků natolik negativní, že již samy o sobě představují pro nemocné velkou zátěž. Častokrát se tito lidé setkávají s velkým neporozuměním, odstupem i nedůvěrou a obvykle se s tím nedokáží vyrovnat. Důsledkem jsou pocity zklamání, odmítaný člověk se stává více podezřivým, úzkostným nebo zlostným, a tím se situace ještě zhoršuje. Pro mnohé nemocné je také problémem to, že nemoc vznikne ve věku, který je kritický pro vznik profesních dovedností. Mnozí z nich tedy nemají dostatečnou kvalifikaci a proto je jejich uplatnění ještě obtížnější (Vágnerová, 2004).

Ergoterapie umožňuje zlepšit pracovní způsobilost, obnovit staré a získat nové pracovní návyky. Využívá různé formy činnosti, např. ruční práce, práci se dřevem, zahradnické práce apod. Při zařazení nemocného do ergoterapie je důležité dodržovat diferencovaný přístup. Bere se ohled na aktuální somatický a psychický stav, jeho zájmy a potřeby. Důsledně je třeba dbát na to, aby každá práce, kterou nemocný vykonává, měla smysl. V opačném případě by mohl propadnout pocitům méněcennosti a melancholie. Pracovní činnost nemocnému poskytuje pocit uspokojení, smysluplnosti, zodpovědnosti, radosti z vykonaného díla, zvyšuje sebevědomí a v neposlední řadě odpoutává pozornost od chorobných obsahů. Nemocný s psychotickými potížemi si po zařazení do ergoterapie osvojuje i pracovní disciplínu a samostatnost.

Tím, že se ergoterapie většinou vykonává v kolektivu, má značný resocializační efekt. Pomáhá chorému začlenit se do kolektivu, nalézt v něm emocionální oporu, korigovat postupně náhled na svoje schopnosti a na chorobu jako takovou (Babková, Pípalová in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Fyzikální léčba

Fyzikální léčba se v psychiatrii využívá ke zvýšení odolnosti organismu, na úpravu narušeného tonusu vegetativního nervového systému, na snížení nervové dráždivosti a navození pocitu relaxace. Uplatnění nachází především hydroterapie (vodoléčebné procedury), masáže, elektroléčebné procedury a fototerapie (např. ultrafialové a infračervené záření). Při výběru metody se přihlíží na přesnou diagnózu a fázi psychické poruchy, na věk a tělesný stav nemocného (Babková, Píchalová in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Léčebná tělesná výchova a sport

Tělesný pohyb především stimuluje dotýčného k činnosti, zlepšuje tělesnou výkonnost a koordinaci pohybu, což je důležité především u nemocných léčených dlouhodobě antipsychotiky. Umožňují také odreagování od negativních emocí a působí relaxačně. Využívají se především pravidelné rozcvičky, kondiční individuální a skupinové cvičení, gymnastické a dechové cvičení, aerobik nebo různé sportovní hry (Babková, Píchalová in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Kulturně - rekreační činnost

Ta vychází především z potřeby aktivního odpočinku. Nacházejí zde uplatnění různé společenské hry, různá zábavná činnost (např. posedění při hudbě, tanec, různé soutěže či kvízy), ale i společné návštěvy výstav, muzeí, filmových a divadelních představení a letní tábory v přírodě. O zážitcích se pak společně beseduje. Dají se sem řadit i různé zájmové kroužky a aktivity vyplňující volný čas v procesu doléčování, které pomáhají nemocnému nalézt novou motivaci k činnosti. (Babková, Píchalová in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Pro nemocné je třeba zorganizovat denní režim a program. Oni sami toho většinou nejsou schopni, mívají spíše tendenci izolovat se a nic nedělat. Je nutné tedy udržovat jejich stávající kompetence a kontakt s lidmi. Přiměřený program má pro ně značný význam, protože jim napomáhá v obecné orientaci a zároveň je stimuluje, dodává jim pocit užitečnosti a smyslu. V neposlední řadě také usnadňuje situaci rodinným příslušníkům (Vágnerová, 2004).

Edukační činnost

Jejím cílem je rozšíření úrovně vědomostí o vzniku, příznacích, průběhu, léčbě i doléčování psychických poruch. Je zaměřena nejen na osobu nemocného, ale i na jeho rodinu a blízké okolí. Je realizována formou besed, přednášek, promítání výukových videozáznamů či filmů. Edukační činnost zlepšuje spolupráci s nemocnými a důležitou úlohu sehrává při získání náhledu na chorobu i léčbu. Součástí edukačních programů je i např. trénink komunikace, trénink řešení každodenních událostí, trénink zaměřený na předcházení stresovým událostem a další (Tůma, 1999).

Umělecko - kreativní léčba

Kromě klasických rehabilitačních metod, se v rámci rehabilitace a resocializace aplikují i metody, které tvoří přechod od rehabilitačních metod k metodám psychoterapeutickým. Jde o metody využívajících vlivu umění (např. hudby, poezie, prózy či výtvarného projevu).

Jednou z metod je biblioterapie. Využívá umělecké literatury - poezie a prózy. Četba úryvků z klasických děl i ze současné tvorby je nejen zdrojem poučení, ale působí i relaxačně.

Vliv hudby, melodie a rytmu využívá muzikoterapie. Při pasivní formě muzikoterapie nemocní poslouchají vybrané hudební nahrávky, při aktivní formě se učí vyjadřovat své pocity, vztahy k ostatním nemocným, k příbuzným, terapeutům apod. Slouží také jako emoční ventil, umožňuje odreagování. Muzikoterapie se také může kombinovat s psychogymnastikou, u které jde o pantomimické vyjádření různých témat či pocitů.

Výtvarnou činnost podněcuje arteterapie. Nemocní pracují na zadaných tématech (rodina, nejhezčí nebo naopak nejhorší zážitek), abstraktních tématech (smutek, úzkost, smysl života) a snaží se pomocí kresby vyjádřit své emoce.

Biblioterapie, muzikoterapie a arteterapie mají významný psychoterapeutický potenciál. Umožňuje se nejen psychicky odreagovat, ale i získat psychickou oporu, zkušenost a zprostředkují nemocným další sebepoznání. (Babková, Pípalová in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

K uvedeným metodám také patří již několikrát zmiňovaná **sociálně - psychologická rehabilitace**. Prakticky při všech výše uvedených rehabilitačních a resocializačních metodách se totiž procvičují sociální dovednosti.

Pro nemocné s chronickými psychotickými poruchami (zvl. pro nemocné schizofrenií) je trénink sociálních dovedností hlavním předpokladem pro udržení jedince v pracovní činnosti a pro zařazení do běžného života vůbec (Lieberman, 1992).

Ve většině případů, psychotické onemocnění představuje pro pacienty absolvování dlouhodobého rehabilitačně - resocializačního programu. Je možné ho absolvovat ambulantně (např. v denním psychiatrickém zařízení, ve specializované ambulanci zaměřené na doléčování), v rámci klubové činnosti nebo v rodině nemocného (Křička in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006). V současné době existuje již celá řada nejrůznějších odborných zařízení specializujících se na pomoc, rehabilitaci či resocializaci duševně chorých. Služby nabízí zařízení komunitního typu, respektující aktuálně potřeby nemocných. Tyto zařízení však vznikají hlavně ve větších městech. Na mnoha místech u nás tyto služby ještě vznikají nezačaly, jinde existuje jedno či dvě zařízení bez další návaznosti. Pokrytí službami je tedy u nás zatím pouze dílčí, nesystematické a neplánovité. To, jaké služby fungují, záleží spíše na okamžitých finančních možnostech neziskových organizací, jejich odborném zaměření než na zakázce obcí, odborných společností a na prospěchu pacienta. (Foitová in Pěč, Probstová, 2009).

3. 5 Komunitní péče v ČR

Vývoj psychiatrické péče v tomto století směřuje od čisté stacionární péče, přes rozvoj ambulantních a mimonemocničních zařízení (denních stacionářů, tréninkových pracovních center, chráněných dílen a bydlení, socioterapeutických klubů, linek důvěry, krizových center nebo psychosociálních poraden) k psychiatrii **komunitní** (Bouček, 2002). Kromě rehabilitace a sociálních služeb tedy nelze z této skupiny vyjmout ani ambulantní psychiatrii, psychoterapii a lůžkovou psychiatrickou péči ve všeobecných nemocnicích (Pěč, 2009).

Komunitní péči lze definovat z několika pohledů. Podle Younghusbandové (1959) jde o jednu z metod sociální práce, která se zaměřuje na pomoc lidem v rámci místní komunity, snaží se určit jejich sociální potřeby, zvážit nejúčinnější způsoby

naplnění a pracovat na jejich naplnění do té míry, jak to umožňují zdroje, které mají k dispozici.

Jiná definice dle Stroula (1993) říká, že jde o organizovanou spolupráci realizátorů péče s rozdělenými zodpovědnostmi. Jejím obsahem je asistovat vulnerabilní části populace v naplňování jejich potřeb a rozvoji jejich potenciálů, aniž by nutně musela být izolována či vyloučena z komunity. Již z názvu tedy vyplývá, že by mělo jít o péči v přirozeném a blízkém okolí klienta.

Podle Pfeiffera (2002) *„je jako komunitní péče označován systém terapie, pomoci a podpory, který je uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem i s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem“* (Pěč, Probstová, 2009).

Komunitní péče tedy znamená poskytovat intervenci a podporu na správné úrovni, ve správné podobě a ve správný čas, aby pacient dosáhl co nejvyšší úrovně soběstačnosti a kontroly nad svým životem (Foitová in Pěč, Probstová, 2009).

Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí a to především v oblasti bydlení, sociálních kontaktů, podpory vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Dotváří komplexnost léčby, nabízí alternativy hospitalizace, má i složku preventivní a pozitivně ovlivňuje kvalitu života lidí dlouhodobě duševně nemocných. (Foitová in Pěč, Probstová 2009).

Podle Faloona a Faddenové (1993) se v současné době rozlišují 3 etapy ve vývoji komunitní péče:

1. nemocniční přístup - začal se rozvíjet od konce 60. let. Uživatel je brán jako PACIENT a péči poskytují odborníci. Uživatel je od komunity izolován a je kladen důraz i na ochranu komunity před pacientem. Patří sem např.: psychiatrická oddělení, denní sanatoria, ambulantní služby,
2. komunitní přístup - se začal rozvíjet od let 70. a uživatel je zde brán jako KLIENT. Má i možnost určité volby. Na činnosti se podílí jak profesionální tak i neformální služby,
3. integrativní přístup - začal vznikat od 90. let ve vyspělých zemích. Zde je uživatel brán jako OBČAN. Jedinec je osoba, nikoli handicapovaný klient. Důraz je kladen na kapacitu jedince a ne na jeho deficit. Součástí tohoto přístupu jsou zejména mobilní komunitní týmy (Foitová in Pěč, Probstová, 2009).

Komunitní péče se také řídí několika principy:

- 24 hodinová dostupnost základní pomoci (včetně krizové intervence)
- snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb
- multidisciplinární spolupráce
- možnost výběru služeb - spoluúčast klienta na rozhodnutí o neadekvátnější formě pomoci
- individuální přístup zahrnující individuální plán, diskrétnost
- účelnost nákladů - využití zdrojů komunity, koordinace služeb (Gabriel, 2010a).

Na závěr této kapitoly bude pro přehlednost uvedena tabulka znázorňující kompletní systém péče o duševně nemocné včetně komunitních služeb, které jsou poskytovány v našich podmínkách. Celou škálu těchto služeb najdeme v současné době v podstatě jen v Praze, velmi se jí blíží služby v Mladé Boleslavi i v Pardubicích.

Tabulka (obr. č. 1) Systém péče o osoby s duševním onemocněním u nás

intramulární péče	psychiatrická léčebna	
	psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic včetně klinik	
extramulární péče	praktický lékař	
	ambulantní psychiatr	
	klinický psycholog	
	krizové služby a domácí péče	telefonická pomoc
		krizová centra
	denní stacionář	psychoterapie individuální, skupinová, rodinná
	komunitní centrum	komplexní programy (psychoterapie, edukace, rehabilitace, socioterapie)
	terénní práce	case management
	podpora v bydlení	podporované bydlení
		tréninkové bydlení
		dům na půli cesty
		byty na půli cesty
	podpora v práci	dlouhodobě chráněné bydlení
		chráněné dílny
		přechodné zaměstnávání
		podporované zaměstnávání
	informační a poradenská činnost	pomoc při hledání zaměstnání a Job club
sociální firmy a sociální družstva		
radny a profesionální informační centra		
VIDA centra – informační centra pro oblast duševní zdraví a nemoci (uživatelské)		
volný čas, klubová činnost	centrum denních aktivit	
	socioterapeutický klub	
	svépomocné kluby	
svépomoc	organizace uživatelů péče	
	organizace příbuzných a pečovatelů	
advokacie	obhajování práv duševně nemocných	

(Pěč, Probstová, 2009)

3. 5. 1 Jednotlivé typy komunitních služeb v ČR

Již v předešlých kapitolách bylo zmíněno, že komunitní péče o závažně duševně nemocné (zejména pacienty se schizofrenií a afektivními poruchami) zahrnuje široké spektrum služeb a podpor, jejichž cílem je maximální začlenění do běžné komunity (viz obr. č. 1).

Tato široká paleta poskytovaných služeb je velkou předností komunitní péče a poskytuje větší možnosti přizpůsobit se individuálním potřebám klienta. Paradoxně ale v tom tkví i její úskalí. Mnozí klienti i někteří odborníci se totiž nedokáží v nabídce orientovat. Stav klientů s psychotickou poruchou se může někdy i výrazně měnit a tím se mění i klientova potřeba podpory. Z toho vyplývá vysoká potřeba koordinace služeb, efektivní způsob komunikace a spolupráce. Služby by měly být poskytovány účelně a jejich spektrum, které je poskytováno jednotlivým klientům, průběžně revidováno a upravováno (Krička in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Nyní budou jednotlivé typy služeb stručně charakterizovány:

Krizové služby a domácí léčení

- **telefonická pomoc (telefonní linky důvěry)** - klient a pomáhající jsou od sebe vzdáleni, je zde omezená možnost terapeuticky či sociálně zasáhnout. Ale anonymita telefonického kontaktu snižuje zábrany ze strany klienta. Telefonní linky jsou vhodné jako první kontakt a hrají důležitou roli v nasměrování klientů do dalších služeb. Rozlišujeme telefonickou pomoc profesionální a neprofesionální při psychiatrických a psychologických, tak i při různých charitativních a sociálních zařízeních,
- **krizová kontaktní centra** - klient se dostaví na místo, kde mu pomáhající poskytnou pomoc. Anonymita zde již odpadá. Problémem u této služby je mnohdy rozhodnutí, zda odeslat klienta domů či zvážit jeho hospitalizaci. Tuto nevýhodu řeší alespoň částečně následující služba (Bouček a kol., 1996),
- **krizová služba s možností přespání** – zde je výhoda oddělení klienta od svého domácího prostředí. Bývají zřizována jako samostatná lůžková krizová centra nebo jako jednotky urgentní psychiatrické pomoci při psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic,
- **mobilní krizová služba** – pomáhající zde přímo navštíví klienta, nejčastěji na základě přivolání někoho z rodiny, sousedů. Většinou se jedná o klienty, kteří nemají náhled a projevuje se u nich abnormní chování. Služba umožňuje kontakt s blízkým klientovým okolím, což rozšiřuje zdroje informací a nabízí více možností pro intervenci (Bouček, 2004).

Denní centra a denní stacionáře

Jde o zařízení docházkového typu, kdy je poskytována denní péče.

Denní centra jsou spíše součástí sociálních služeb, zaměřená více na oblast zaměstnávání, rehabilitace, sociálních programů a terapie prostředím.

Denní stacionáře a kliniky mají přístup ke klientům spíše terapeutický. Jsou tedy zaměřeny na psychoterapii a farmakoterapii (Pfeiffer in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Kromě již uvedených center se můžeme setkávat i s centry pro duševní zdraví nebo nočními stacionáři.

Domácí léčba, domácí péče

U zrodu této služby, se kterou zatím v ČR zkušenosti nemáme, stála snaha využít výhod domácího prostředí. Jde o poměrně novou službu (posledních 25 let), u které se kombinují prvky krizových služeb a chráněného prostředí domácí léčby. Cílem je léčit akutní psychické poruchy v podmínkách klientova domova za pomoci mobilního týmu odborníků, který za ním dle jeho potřeb dojíždí.

U nás byla dosavadní snaha působit v domácím prostředí klienta vyjádřena spíše formou ošetrovatelské péče. Domácí péče zaměřená na klientelu duševně nemocných naráží stále na nepřekonatelné potíže v oblasti financí a obtížné indikace služeb (Křička in Marková, Venglářová, Babiáková a kol., 2006).

Podpora v oblasti bydlení

- **asistence v domácím prostředí** - výhodou této služby je, že se odehrává v prostředí klientova domova,
- **chráněné bydlení** - je zařízení pro dlouhodobý pobyt mimo lůžkové zařízení se zvýšeným nárokem na asistenci. Víceméně je ale pravidlem soužití více osob. Také je zde preferována snaha o další rehabilitační aktivity mimo objekt bydlení,
- **domy a byty na půl cesty** - jde o službu tréninkového charakteru, která je časově omezená. Většinou se jedná o dobu okolo půl až jednoho roku, ale lze ji i prodloužit. Slouží zejména klientům, kteří se chtějí osamostatnit a nemají dostatečné sociální dovednosti.

- **podporované bydlení** - zde klient žije ve vlastním bytě a pomoc je realizována na základě jeho potřeb,
- **sociální byty** - jsou dlouhodobým řešením pro osoby bez potřeby stálé či pravidelné asistence. Většinou jsou napojeni na klíčového pracovníka, kterého sami vyhledají v případě potřeby. Do vytváření této služby je v ČR zapojována i místní správa (Kříčka in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Podpora v oblasti zaměstnání

Většina lidí s vážným duševním onemocněním se stává neschopna práce, ztrácí tím sebedůvěru a závěrem tak dochází k invalidizaci. Cílem podpory zaměstnání je, aby se klient mohl co nejvíce uplatnit na běžném trhu práce a mohl pracovat na místech, které preferuje. Podporované zaměstnání probíhá jako placená práce za podpory asistenta. Podmínkou úspěchu je nejen dostatečné spektrum nabídky pracovních rehabilitačních aktivit, ale i existence nabídky pracovních míst v nechráněných podmínkách.

- **chráněné dílny** - nabízí základní pracovní rehabilitaci (nácvik sociálních dovedností, vytváření nových sociálních vztahů, vytváření a upevňování pracovních návyků). Dílny fungují pod vedením pracovních terapeutů, kteří klienta zaučují na novém místě a pomáhají mu v plnění individuálního plánu,
- **chráněná místa** - míra „chráněnosti“ je v těchto programech nižší než v chráněných dílnách, blíží se spíše přechodnému zaměstnávání. Chráněná místa jsou poskytována na dobu určitou za podpory pracovního asistenta, se kterým klient sestavuje individuální plán, který později plní,
- **podporované zaměstnávání** - je možností pro klienty, jak si najít a udržet stálé místo na otevřeném trhu práce s odpovídající mzdou. Klientovi je k dispozici pracovní asistent, od kterého se mu dostává intenzivní a dlouhodobé podpory. Podporované zaměstnávání probíhá v běžných podmínkách, časové omezení je stanoveno individuálně dle plánu,
- **přechodné zaměstnávání** - cílem je zapojení do zaměstnání v nechráněných podmínkách. Je určen pro klienty, kteří se jeví jako perspektivní. Klient uzavírá s poskytovatelem smlouvu o poskytnutí služby a poskytovatel pak garantuje

zaměstnavateli pokrytí pracovního místa. Při výpadku či pracovní neschopnosti je nahradí jiný klient nebo i příslušný sociální pracovník,

- **sociální firma** - je unikátním zařízením, které nabízí zaměstnání v nechráněných podmínkách a usiluje o překonání předsudků vůči duševně nemocným. Sociální firma působí navenek jako normální podnik, má výrobní program nebo poskytuje služby a využívá práce uživatelů komunitních služeb. Model sociální firmy reaguje na potřebu pracovního uplatnění pro ty, kteří již úspěšně absolvovali programy pracovní rehabilitace. Zaměstnání není časově omezené, ale nevylučuje ani pozdější uplatnění na otevřeném trhu práce,
- **pracovní poradenství, Job club** - pracovní poradenství poskytuje pomoc ve stanovených termínech klientům, kteří usilují o zaměstnání. Radí mu v případě nejasností nebo otázek ohledně nároků zaměstnavatelů, způsobu žádání o zaměstnání, jednání na úřadech práce apod. Job klub je aktivita, kde se setkávají klienti, kteří mají obdobné potíže při hledání zaměstnání. Účelem je aktivně zapojit zájemce do procesu hledání vhodné pracovní příležitosti. Klienti se učí napsat strukturovaný životopis, vyzkouší si, jak jednat se zaměstnavatelem, dovědí se potřebné informace z právní a sociální problematiky, ale především se setkávají s novými lidmi, kteří mají podobné problémy jako oni (Křička in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

V souvislosti s deinstitutionalizací a dosažením koordinace následné péče o klienta vznikl koncem 60. let v USA i zcela nový pojem - CASE MANAGEMENT. V české terminologii se tento pojem neustálil a často bývá překládán jako případové vedení. Lze vést spory o tom, zda se jedná o metodu či nástroj, protože obsahuje prvky obojího. (Křička in Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Jde o práci s pacienty, při níž může poskytovat pomoc zástupce různých profesních skupin (př. sociální pracovník, zdravotní sestra ve spolupráci s psychiatrem atd.). Case manažer je klíčovou postavou, je koordinátorem práce týmu a provádí ho celým procesem péče. Stanoví pacientovi individuální plán a aktivně se podílí na jeho realizaci. Zprostředkovává pacientovi kontakt s dalšími zdravotnickými a sociálními službami. V některých případech je také osobou, která určuje rozdělení financí v rámci plánu péče (Bouček, 2004).

Mezi základní prvky case managementu patří: přehled o potřebách a schopnostech klienta, plánování péče s jasně definovanými cíli, uskutečnění plánu za

pomoci klienta a jeho okolí, monitorování dosaženého nebo nedosaženého výsledku a vyhodnocení práce a výsledků se všemi, kteří se na práci podílejí (Křička in Marková a kol., 2006).

K prokazatelným výsledkům této metody patří snížení počtu hospitalizací, zvýšení stability bydlení, kontrolování psychických symptomů či zlepšení kvality života pacientů (Bouček, 2004).

3. 5. 2 Konkrétní komunitní služby a zařízení pro doléčování a rehabilitaci duševně nemocných v ČR

Tato kapitola bude věnována konkrétním komunitním službám v ČR a to jak zařízením zajišťujícím urgentní psychiatrickou pomoc (tj. telefonní linky a krizová centra), tak zařízením pro doléčování a rehabilitaci psychotických pacientů.

1. Urgentní psychiatrická pomoc

V celé řadě měst jsou zřizovány telefonní linky důvěry a to jak v odborných psychiatrických a psychologických zařízeních, tak při různých charitativních a sociálních zařízeních. Poskytují okamžitou odbornou pomoc v krizových stavech. V provozu jsou jak linky s nepřetržitým provozem, tak linky s provozem částečným.

Krizová centra poskytují neodkladnou psychiatrickou pomoc jak ambulantním, tak stacionárním způsobem. První krizové centrum vzniklo v r. 1989 na Psychiatrické klinice v Brně. Další centra vznikly v Praze (PL Bohnice, RIAPS, Most-Praha 9), Ostravě, Ústí nad Labem, Liberci a Olomouci či Přerově. (Dušek, Večeřová - Procházková, 2005).

2. Zařízení pro rehabilitaci a doléčování psychotických pacientů

Jsou budována:

- *uvnitř psychiatrických institucí,*
- *v částečném spojení s psychiatrickými lůžkovými nebo ambulantními provozy,*
- *samostatně* (Bouček, 2002).

Tyto zařízení jsou budovány za různého stupně ekonomické a organizační podpory zvenčí. V práci bude uvedeno jen několik příkladů z výše uvedených forem a to především z oblasti Moravy.

V regionu Moravy *uvnitř psychiatrických zařízení* byly založeny:

Socioterapeutický klub pacientů psychiatrické léčebny v Opavě při odd.17c

Hlavní náplní činnosti klubu jsou pohovory s terapeutem, ale i vlastní aktivity klientů, taneční zábavy, hry apod. Tento klub byl založen již v r. 1962.

Při psychoterapeutickém oddělení 17c a 17b psychiatrické léčebny v Opavě zahájil činnost i **denní stacionář**, a to v r. 1997.

V psychiatrické léčebně v Opavě bylo založeno i **denní sanatorium** pro psychiatrické pacienty propuštěné z léčebny. Pacienti se zde mohou účastnit psychoterapeutických skupin, mohou si vyzkoušet tkaní i hrnčířství, jsou jim nabídnuty i jazykové kurzy, kurzy samořídící komunikace apod. (Bouček, 2002).

Denní klinika při psychiatrické klinice v Olomouci tvoří základní článek víceúrovňového systému doléčování psychotických pacientů z Brna a okolí. Tato klinika zahájila svůj provoz v r. 1995. V rámci doléčovacího programu mohou místa využívat jak pacienti ještě hospitalizovaní na klinice, tak na doporučení psychiatra i pacienti z ambulancí s diagnózou psychózy v časném stádiu. Pacienti dodržují pevný týdenní režim se skupinovou psychoterapií, relaxací, činnostní a pohybovou léčbou, muzikoterapií a nácvikem sociálních dovedností. Postupně se vytvořila i skupina pacientů, kteří dochází do denní kliniky na uzavřenou skupinu s psychologem a psychiatrem ve smyslu integrované psychoterapie psychóz. Z této skupiny vznikl i Klub pacientů, kteří se jednou týdně schází a připravují si celodenní program (<http://www.lf.upol.cz/menu/struktura-lf/kliniky/klinika-psychiatrie/>).

V částečném spojení s psychiatrickými lůžkovými a psychiatrickými provozy je:

Denní psychoterapeutické sanatorium při Psychosociálním centru Přerov -

sanatorium je funkční od r. 1992. Jsou zde místa pro pacienty, kteří jsou v péči psychiatra, psychologa, rehabilitačních a zdravotních sester. Financováno je zde zdravotní pojištění a přispívá Nadační fond „Duševní zdraví“. Existuje i Klub denního stacionáře, kde se pacienti účastní společných programů a společných klubových sezení. Klub pořádá týdenní rekondiční pobyty a společenské akce (divadlo, koncerty, výstavy) (Bouček, 2002).

Od roku 1995 je registrováno **Občanské sdružení Duševní zdraví**. Jeho členové jsou pracovníci psychiatrické kliniky v Olomouci. Hlavním cílem občanského

sdužení je přispět ke zlepšení péče o psychiatrické pacienty, zvýšení kvalifikace pracovníků kliniky a organizace výzkumných úkolů

(<http://www.risy.cz/cs/krajske-ris/olomoucky-kraj/regionalni-informace/nno/>).

V roce 2001 vzniklo **Psychosociální centrum** díky vedení psychiatrické kliniky v Olomouci, vedení Fakultní nemocnice a občanského sdružení Integra Haná (založené pracovníky Psychiatrické kliniky ve spolupráci s pacienty a jejich příbuznými). Centrum organizuje volnočasové a terapeutické aktivity, poskytuje informační a poradenské služby. Součástí centra je i klub příbuzných a přátel duševně nemocných (Bouček, 2002).

Jako *samostatně fungující* zařízení byl založen např.

Socioterapeutický klub KD NH Ostrava - Zábřeh. Je pro ambulantní klienty, jejich příbuzné i přátele. Klub mmj. nabízí různé přednášky, diaprojekce, setkání s herci, sběrateli či jinak zajímavými lidmi.

V Ostravě vzniklo také **Centrum psychosociální pomoci o. s. Mens Sana.** Poskytuje sociální, terénní a klubové služby. V nabídce služeb jsou i motivační a vzdělávací činnosti, sportovní, pohybové a taneční aktivity, ale centrum se podílí i na osvětových programech o duševních onemocněních (Bouček, 2002).

Pracovní a sociální rehabilitaci se v Ostravě věnuje **o. s. Anima Viva.** Konkrétně jde o Klub Kafe Ostrava, v rámci něhož je klientům k dispozici sociálně terapeutická dílna Kafárna, která slouží jako návazný program sociální rehabilitace a přípravy na práci. (http://www.kpostrava.cz/file_upload/22.pdf).

Za zmínku stojí i **Dům duševního zdraví v Ostravě**, který funguje od r. 1992. Poskytuje několik typů služeb. V první řadě je to denní sanatorium pro psychotické a neurotické pacienty, 6týdenní psychoterapeutické skupiny včetně rodinné terapie. K dispozici je šicí a keramická dílna, léčba formou arteterapie, jazykové kurzy i večerní klubové aktivity - přednášky, setkání, diaprojekce. Jsou uskutečňovány i sportovní utkání a turistické vycházky do přírody. Nechybí i vánoční besídky a podobně sezónně zaměřené akce. K další službě, kterou poskytuje Dům duševního zdraví, patří chráněné bydlení Pískové doly se sociálním dohledem. Sociální a sociálně - terapeutické aktivity, rekreační pobyty v přírodě včetně poradenství zajišťuje občanské sdružení Mens Sana a další občanská sdružení zapsaná do projektu Pavučina

(<http://www.ddz.cz/index.html>).

Pavučina patří mezi služby následné péče o duševně nemocné. Zajišťuje vstup klienta do sítě služeb na území města a zprostředkování ucelené péče - zdravotní i sociální. Formou individuálního vedení poskytuje dlouhodobou podporu při uplatnění ve společnosti.

Na aktivitách, které pomáhají v doléčování a rehabilitaci duševně nemocných, se podílí i **Společnost duševního zdraví Ostrava**.

V Ostravě působí také **občanské sdružení Rovnováha**, které vzniklo v r. 1998. Podílí se na celé řadě aktivit včetně Dnů duševního zdraví, účasti na duševních konferencích, na sociálním poradenství atd.

(http://www.kpostrava.cz/file_upload/22.pdf).

Ve městě Opavě fungují také od r. 1992 **chráněné dílny, bydlení - Charita**. V dílnách spolu pracují psychotičtí pacienti a mentálně retardovaní. Středisko poskytuje služby i podpory v bydlení formou tréninku dovedností na dobu určitou. Klienti mohou využívat některou z dalších nabízených aktivit - např. Klub setkávání, motivační tvořivou dílnu, sportovní aktivity atd.

(<http://www.charitaopava.cz/?page=texty&id=15&Igen=12>).

Návaznost na Charitu a OS Rovnováha má **občanské sdružení - rodiče a příbuzní**, které bylo založeno v r. 2000.

Občanské sdružení Zahrada 2000 vzniklo v r. 1998 v Jeseníku s cílem poskytnout služby v oblasti zdravotní a sociální lidem s duševním onemocněním po propuštění ze stacionárního léčení či doplnit léčbu ambulantní. Poskytuje ucelený systém péče zahrnující odbornou přípravu na zaměstnání, odborné pracovní poradenství a podporu zaměstnávání na chráněném, podporovaném i volném trhu práce. Věnuje se oblasti volnočasových a výběrových aktivit, ale i aktivitám, které vznikají v rámci uživatelského hnutí. Prostřednictvím sociálního klubu se mohou klienti účastnit poznávacích výletů, různých kulturních akcí, vycházek do přírody atd.

(<http://www.zahrada2000.cz/>).

Charita Olomouc otevřela **Středisko sv. Vincence**, které poskytuje služby dospělým lidem s duševním onemocněním z Olomouckého kraje. V r. 2005 vznikla jako součást chráněného pracoviště Betánie bezbariérová tréninková kavárna Betreka. Pomáhá klientům obnovit sociální dovednosti a pracovní návyky. Samostatnou sociální službou se stala i sociální rehabilitace. V Hodolanech vzniklo sociálně aktivizační centrum nazvané Dům sv. Vincence. Klienti se účastní aktivit v keramické, výtvarné a textilní dílně, dále kroužků angličtiny a v nabídce služeb jsou i sociálně terapeutické

činnosti (ranní komunity, skupinová socioterapie, relaxace atd.). Terénní sociální službou se stala i podpora samostatného bydlení

(http://www.olomouc.charita.cz/files/clanky/390/CHO_VZ_2010.pdf).

V Javorníku vzniklo **Občanské sdružení EGO SUM**. Bylo založeno týmem psychiatrické léčebny vedeným doktorem Jeřábkem v Javorníku. Poskytuje chráněné byty v centru města. Na chráněné bydlení navazuje i služba zprostředkovávající pracovní příležitosti klientům a klub volnočasových aktivit. Hlavní aktivitou klubu jsou rukodělné práce (<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz>).

Konkrétně ve městě Brně vzniklo **Občanské sdružení Kolumbus**. Sdružuje uživatele a ex-uživatele služeb psychiatrické péče ve spolupráci s Psychiatrickou léčebnou v Brně – Černovicích. Posláním sdružení je hlavně chránit práva duševně nemocných v ČR a zkvalitnit jejich život. Podílí se na zkvalitnění péče v psychiatrických léčebnách, vytvoření a přijetí komplexního zákona o duševním zdraví, zajištění právní pomoci duševně nemocným, ale usiluje se všeobecně o rozvoj komunitní péče a dalších služeb pro duševně nemocné (<http://www.os-kolumbus.org/>).

Dále **Diagonie Českobratrské církve evangelické, středisko v Brně - chráněné bydlení Ovečka** poskytuje služby lidem s dlouhodobým duševním onemocněním, a to s různými typy schizofrenie a depresivními stavy. Zajišťuje klientům pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně - terapeutické činnosti i pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (Galko, Janík, 2009).

V Brně působí i **Občanské sdružení VIDA**, které funguje ve spolupráci s Psychiatrickou léčebnou v Brně. Dlouhodobým cílem organizace je aktivizovat a udržovat zapojení uživatelů psychiatrických služeb do systému péče o lidi s duševním onemocněním (zejména psychóz). Poskytují především odborné sociální poradenství. VIDA centrum je místem, kde si lidé s duševním onemocněním poskytují podporu a jsou jim poskytovány cílené informace a poradenství v oblasti duševního zdraví. Mezi hlavní aktivity patří program prevence (besedy a přednášky na školách), spolupráce na osvětových kampaních i podpora uživatelských a svépomocných aktivit v ČR (<http://www.vidacentrum.cz/>).

Na závěr je nutné zmínit existenci **Občanského sdružení Práh**, které vzniklo v Brně v roce 1999 a je předmětem mého zájmu v rámci případové studie organizace v empirické části práce.

3. 6 Stigma psychické poruchy

Před lidmi, kteří trpí nějakou duševní chorobou nebo se z ní uzdravují, stojí i výzva, jak se vypořádat s reakcemi druhých lidí. Mezi lidmi totiž panuje velká nevzdělanost, pokud jde o duševní onemocnění všeobecně. (Byrne, Ergie, Lambert a kol., 2004).

Duševně nemocný člověk byl, je a zůstane v jiném postavení než člověk s nemocí tělesnou. Ve většině případů tělesné nemoci lze dobře vnímat ohraničený úbytek schopností, který je spojen s porušením funkcí nějakého orgánu nebo orgánového systému. U duševně nemocného je toto ohraničení daleko méně zřetelné. Zvláštnosti v chování psychiatrického pacienta a jeho prožívání se mohou jevit jako vystupňování stavů, které známe z běžného života (prožívání smutku, ztráta chuti k jídlu, nespavost atd.) Zdraví lidé tyto stavy dokáží překonat, ale v nemocném je slabost, která takovýto stav překonat nedovolí (Libiger, 2002). Pro jedince nevyzbrojeného profesionálním tréninkem, znalostmi a zkušenostmi z toho plyne, že duševně nemocný je nějakým způsobem jiný než zdravý člověk a jiný než člověk s tělesnou nemocí. Může se ostatním jevit jako slabý, neschopný a možná i hloupý, člověk, který nerozpozná skutečnou povahu dějů kolem sebe. Duševní poruchy jsou tedy pro neprofesionály nepochopitelné. Chování lidí k nemocným je pak převážně chladné, nelaskavé a neuctivé. Úzkost a obavy, které u lidí nemocní vzbuzují, mají hlavně souvislost se společenskými otázkami a sociálně negativními jevy (jako je sebevražednost, závislost na návykových látkách, delikvence apod). Pokud je jakákoliv nehoda, sebevražda, agrese nebo zločin spáchán nemocným, vždy je to uvedeno. Už se nerozlišuje, zda šlo o psychózu, depresi či neurózu – dotyčný se prostě léčil na psychiatrii a všem je to jasné! Lidé si pak často myslí, že všichni duševně nemocní jsou nebezpeční, šílení a nepředvídatelní (Praško, Sigmundová, 2010).

Duševně nemocný je tak vystaven omezením, která na něj jeho nemoc klade, trpí a nese břímě sociálního hodnocení své choroby ostatními lidmi. Takové hodnocení má kořeny v kultuře, nerozlišuje mezi jednotlivými případy a přetrvává. Významným způsobem se na utváření postojů k duševním chorobám podílí také informace z doslechu či literatury. Jsou upevňovány každodenními články v novinách, znehodnocujícími poznámkami v běžné mluvě i ustálenými obraty v řeči. Jedná se vlastně o stereotypní předsudky. Jsou spojeny se silnou emocí a posilovány společností.

Jednotlivý nemocný nese takové předsudky často bez vlastního přičinění, nemůže se jich zbavit a stanou se tak součástí jeho „údělu“. Jsou trvalou značkou – tzv. **stigmatem**.¹

Tento předsudek ovlivňuje jednání více na základě předpokládaných skupinových vlastností než na základě skutečných charakteristik jedince a jeho situace. Nadřazení skupinových vlastností nad vlastnostmi individuálními vede pak k diskriminaci duševně nemocných. Důsledkem toho mají pak potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením nebo jen s nalezením přístřeší. Velkým problémem se pro ně také stává navázání partnerských vztahů, nalezení a udržení kamarádů. Pacienti se pak snaží vyrovnat se stigmatizací změnou svého sociálního chování, omezují dřívější sociální kontakty a vyhledávají jen podobně stigmatizované. To může vytvářet bludný kruh odcizování, který zasáhne ty, kteří jsou nemocní, ale často i jejich příbuzné. Stigma se tak může stát hlavní příčinou sociální izolace, užívání alkoholu a drog, bezdomovectví a nadměrné institucionalizace. To vše pak má negativní vliv na léčbu a snižuje šance na vyléčení (Marková, Petr, 2006).

Diskriminace se ale projevuje i podceněním prostředků či zdrojů nezbytných k rozvíjení zdravotní péče o duševně nemocné či přechod na péči, která bude bránit jejich dlouhodobé izolaci a posílení stigmatu (Raboch, 2009).

U duševních onemocnění sdílí stigma s veřejností i samotní lékaři. Často se v nějaké podobě vloudí i do uvažování profesionálů v oblasti duševního zdraví. Bohužel ani možnost kompletních a odborných informací o duševních poruchách nedokáže předsudky dostatečně proměnit. Ale hlavně předsudek o svém onemocnění sdílí i pacienti. Je obtížné dosáhnout toho, aby se stal nemocný „spojencem“ lékaře, když se zdráhá pojmenovat své obtíže nebo je mu dokonce diagnóza zastírána nebo zatajována, aby nebyla posílena újma, která je s ní spojená. Nejlepší zbraní proti stigmatu je pak plná informovanost pacienta o povaze, průběhu a důsledcích onemocnění, o tom, jak s nemocí zacházet a jak se s ní má pacient naučit žít. (Libiger, 2002).

Stigma spojené s diagnózou, kde nemocní jsou zahrnuti pod široké označení schizofrenik nebo psychotik, bojují s předsudkem ještě mnohem více než nemocný

¹ stigma je původem řecké slovo znamenající vypálený cejch, kterým byli označováni horníci v antických tesálcích dolech. Označení se také používá pro spontánně vzniklé rány na končetinách, které jsou mysticky vzniklým napodobením ran Krista přibitého na kříž – tedy stopami utrpení. V kontextu nemoci je stigma označením předsudku vůči nějaké skupině lidí.

s depresí, frakturou nebo zápalom plic. Proto se objevuje snaha omezit nebo zcela vymýtit vliv stigmatu a důsledně rozlišovat mezi nemocí a osobností nemocného. To lze do běžné mluvy prosadit používáním složených pojmenování (např. nemocný schizofrenií). Pacient by měl být vnímán jako osobnost, kterou je třeba poznat a jako osobnost, která onemocněla nějakým neduhem, který mu působí nepohodu a je třeba ho odstranit. Nejen úkolem psychiatrie, profesionálních psychiatrů a dalších odborníků je vystupovat proti vzniku, udržování stigmatu a následné diskriminaci (Libiger, 2002).

Destigmatizace je proto ve společnosti důležitým, ale velmi obtížným úkolem. Cílem je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společensky izolován ani sankcionován, aby se změnil postoj zaměstnavatele, rodiny, přátel, ale i zdravotníků. *„Možnostmi ke snižování stigmatu jsou: adekvátní léčba, důsledná mlčenlivost ve věci pacientovy příslušnosti k stigmatu problematické skupině, nácvik sociálních dovedností a kognitivní techniky zaměřené na subjekt s cílem nedopustit nebo odstranit pojetí sama sebe jako méněcenného“* (Chromý in Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 220). Důležitou roli v tomto procesu proměny má hlavně zdravotnická osvěta a výchova. Přínosné je seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch, tak, aby je nevnímali jako „senzaci či odlišnost“, ale byli jim schopni porozumět, pochopit je a případně jim i pomoci. Podobně je potřebné pracovat i s rodinou a samotným pacientem. Měli bychom se také zamyslet nad tím, jak jsou interpretována fakta o duševně nemocných v médiích a populárních článcích. V neposlední řadě je důležité změnit i postoje profesionálů např. cestou komplexnějších výcviků, kde je potřebné se zaměřit také na „pozitivní diagnózu“ a umožnit tak nevnímat pacienta jen přes diagnostická kritéria, která jsou zaměřena hlavně na malaadaptivní rysy (Praško, Sigmundová 2010).

Švédská královna Sylvie k vyhlášení roku 2001 Rokem duševního zdraví napsala (volně přeloženo): Duševní nepohoda a duševní porucha je výrazným utrpením a břemenem pro pacienty, jejich rodiny, děti, příbuzné a přátele, ale i pro společnost, která je postižena jako celek. Je nutné prolomit prostředí ticha a strachu, ve kterém se lidé chovají tak, jak se chovají v ostatních situacích vzbuzujících obavy, tedy vyhýbají se psychiatrickým pacientům, bojují s nimi, nebo si z nich dělají legraci. Ke změně by mělo dojít výukou, odpovědnou informovaností, osvětou (in Malá, 2002).

Světová zdravotnická organizace (WHO) spolupracující s mnoha organizacemi, náboženskými skupinami, jedinci a rodinami, si dala za úkol, že pomůže rozšířit vědomosti, zpochybnit stigmata, zmírnit diskriminaci, humanizovat psychiatrické

služby a zplnohodnotit pacienty ve společnosti na celém světě. To vše by mělo přispět k lepší kvalitě života duševně nemocných, k příznivějšímu průběhu jejich onemocnění, ale i k zlepšení pohledu na duševně nemocné vůbec.

II Empirická část



4. DESKRIPTIVNÍ PŘÍPADOVÁ STUDIE O. S. PRÁH

4.1 Rámec případové studie

Případová studie nebo též kazuistika patří mezi kvalitativní výzkumné metody a zabývá se popisem jednotlivých případů. Stejně jako jedince se může týkat i skupiny lidí či instituce. (Hartl, Hartlová, 2004). Předmětem této kazuistiky je o. s. Práh jako organizace uplatňující se v procesu resocializace lidí s psychotickým onemocněním. Cílem studie je nejen vnější popis této organizace a jejich služeb, ale především hlubší pochopení jejího fungování, způsob práce s nemocnými, postoje pracovníků i klientů, přínosy i problémy, které obě skupiny vnímají.

Výzkumnou otázkou je: Daří se občanskému sdružení Práh naplňovat poslání a cíle, které si vytkla v oblasti resocializace klientů s psychotickými nemocemi?

Komponenty případové studie

- pasport o. s. Práh - charakteristika fyzického prostředí, personální i klientské populace, sponzoři, spolupráce
- profil organizace - historie vzniku, jednotlivé služby, programy, projekty, preferované priority a cíle
- obraz organizace - očima pozorovatele, pracovníků a klientů
- klima organizace - soudržnost při uplatňování společných strategií, mezilidské vztahy, celkový image

Použité techniky

- analýza dokumentace - výroční zprávy, články v odborných časopisech, informační letáky vydané sdružením Práh, internetové zdroje,
- pozorování - jak zúčastněné, tak nezúčastněné,
- polostrukturované rozhovory - s pracovníky a klienty.

Fáze případové studie

- přípravná fáze: zahrnuje teoretickou přípravu, vypracování rámcového scénáře, zajištění komunikace s organizací a účastí v ní, seznámení se se základní dokumentací, sestavení otázek a příprava k polostrukturovaným rozhovorům,
- realizační fáze: navázání kontaktu s organizací, prohlídka jednotlivých pracovišť, pozorování, rozhovory s pracovníky i klienty, zapojení se do práce s klienty,
- fáze zpracování, interpretace a prezentace výsledků: obsahuje přepisy terénních záznamů a rozhovorů, zpracování dokumentace a vyhodnocení výsledků zkoumání směřující k plastickému obrazu organizace.

4. 2 Historie a aktuální podoba organizace na základě studia dokumentace

K historii vzniku sdružení

Občanské sdružení Práh vzniklo v roce 1999 díky projektu MATRA II. - HUMANIZACE PSYCHIATRICKÝCH LÉČEBEN. Cílem projektu bylo vnést nové přístupy v péči o lidi s duševním onemocněním do izolovaného světa psychiatrických léčeben. Účelem bylo vytvořit pomocí spolupráce psychiatrických léčeben a okolních občanských sdružení zaměřených na péči o duševně nemocné „most“ mezi doposud uzavřeným světem léčeben a vnějším prostředím, do kterého pacienti odcházejí po ukončení léčby.

Jedná se o pokračování pilotního projektu Matra II. - Program pro komunitní péči, díky němuž došlo v České republice ke vzniku ucelenějších komunitních

programů a regionálnímu rozvoji komunitní péče vůbec. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví v Praze vedené J. Pfeifferem v koordinaci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, zprostředkovalo finanční podporu holandského ministerstva zahraničních věcí a organizace GGZ Nederland. (Pěč, Pfeiffer in Raboch, Doubek, Zrzavecká, 2002).

O. s. Práh vzniklo v prosinci roku 1999 konkrétně v souvislosti s projektem MATRA II. - Partnerství, jehož hlavní myšlenkou byl vznik mimonemocničních služeb péče o dlouhodobě duševně nemocné navazující na nemocniční péči. Projekt se realizoval ve spolupráci s psychiatrickými léčebnami, kde vznikaly užší pracovní týmy a byly založeny neziskové organizace, jejichž cílem bylo propojit práci v léčebně a v komunitě jak personálně, tak obsahově. Od tohoto roku spolupracuje sdružení Práh s Psychiatrickou léčebnou v Brně - Černovicích a od r. 2000 se Psychiatrická léčebna stává i jejím členem.

V únoru roku 2000 dostalo sdružení do dlouhodobého pronájmu (na 15 let) budovu bývalé školy v Brněnských Ivanovicích s přilehlou zahradou. Vzhledem ke stáří budovy, která byla postavena v r. 1914 a byla ve zdevastovaném stavu, nájemní smlouva byla postavena tak, že sdružení platilo nájem prostřednictvím oprav. Ty byly prováděny za plného provozu a obrovského úsilí všech zúčastněných. V roce 2000 už v budově fungovaly dvě plně vybavené chráněné dílny, Sociální centrum a Klub denních aktivit. Během jednoho roku se podařilo vybudovat základ psychosociální rehabilitace pro dlouhodobě duševně nemocné. Práh se stal v Brně prvním sdružením, které poskytuje služby tohoto typu. Před vznikem Prahu nebyla v Brně téměř vůbec žádná mimonemocniční rehabilitační a resocializační péče o duševně nemocné. Předsedkyní a ředitelkou sdružení se stala Paedr. Blanka Veškrnová, která vede sdružení i v současné době. Uběhlo již 12 let od založení sdružení a za tuto dobu došlo k obrovskému rozvoji, především nárůstu poskytovaných služeb, které budou v práci podrobně popsány.

Personální zastoupení a spolupráce

Rada sdružení je tvořena ředitelkou sdružení PaedDr. Blankou Veškrnovou, odbornou vedoucí sdružení MUDr. Lenkou Vachkovou a zástupkyní odborné vedoucí sdružení MUDr. Květoslavou Vrbovou.

Personálně v roce 2010 zabezpečovalo služby 32 zaměstnanců (vedoucí center, sociální pracovníci, koordinátoři, ekonom, právník a další pracovníci v sociálních službách). Dále 3 externí psychologové, řada dobrovolníků, 4 pracovníci v administrativě a pracovníci provozu, úklidu a zahrady (Výroční zpráva o. s. Práh, 2010).

Sdružení v současné době poskytuje služby více než pěti stům klientů (pro ilustraci potenciálních uživatelů je v Brně více jak 7000) (Gabriel, 2010b).

Sdružení Práh je členem: České asociace pro psychické zdraví, Asociace komunitních služeb v psychiatrii, Brněnské asociace nestátních neziskových organizací, České rady humanitárních organizací, Asociace chráněného a podporovaného bydlení a občanského sdružení sdružující organizace působící v sociální a zdravotní oblasti.

Největší spolupráce probíhá již od samotného vzniku s Psychiatrickou léčebnou v Brně - Černovicích. Pokračuje také spolupráce s lékaři a psychology Psychiatrické kliniky Brno - Bohunice a v rámci Dnů duševního zdraví sdružení spolupracuje i s lékaři z psychiatrického oddělení Vojenské nemocnice v Brně. Důležitá je pro sdružení i spolupráce ambulantních psychiatrů a psychologů. Nadále pokračuje spolupráce s Diakonií ČcE střediskem v Brně a také s ÚMČ Brno - Tuřany.

Poskytovat služby umožňují finančními prostředky především: (viz obr. č. 2)



Obr. č. 2 - Sponzoři

Ministerstva práce a sociálních věcí ČR - prostřednictvím Jihomoravského kraje, Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva kultury ČR, Jihomoravského kraje, Statutárního města Brna - odboru sociální péče a odboru zdravotnictví, Psychiatrické léčebny Brno - Černovice i Úřadu práce města Brna. Především programy jako je Podporované zaměstnávání a Přejícné zaměstnávání by se neobešly bez podpory řady partnerů. Samozřejmě sdružení podporuje i řada jednotlivců. Sociálně terapeutické dílny včetně tréninkové kavárny Café Práh a Sociální centrum začalo fungovat v rámci jednotlivých projektů, které jsou financovány z Evropského sociálního fondu prostřednictvím operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, strukturálních fondů programů SROP, grantového schématu Jihomoravského kraje a ze státního rozpočtu České republiky. Program podporovaného vzdělávání vznikl kromě financí z Evropského sociálního fondu i za podpory MŠMT a OP vzdělávání pro konkurenceschopnost. Café Práh podpořila finančně i Psychiatrická léčebna Brno - Černovice.

Náplň práce a cíle občanského sdružení

Práh je nejčastější právní formou neziskové organizace v ČR - občanským sdružením. Činnost občanských sdružení je upravena zákonem o sdružování občanů č. 83/1990 Sb. a vzniká registrací stanov na Ministerstvu vnitra České republiky (<http://www.mpsv.cz/cs/5591>). Účelem občanského sdružení může být buď sdílení společných zájmů (vzájemně prospěšná činnost), ale v případě o. s. Práh jde o obecně prospěšnou činnost (poskytování sociálních služeb, vzdělávací, informační, poradenské aktivity apod.).

Hlavním cílem a posláním o. s. Práh je poskytovat lidem s psychotickým onemocněním z Brna a okolí podporu a pomoc při znovuuvedení do každodenního života. Jde o:

- 1. poskytovat podporu v naplňování přání klientů - pracovat, samostatně bydlet, vyplnit volný čas, vzdělávat se, najít přátele, zlepšit vztahy s rodinou, umět pečovat o své zdraví, najít smysl a význam svého života.**
- 2. prosazovat a hájit práva klientů a jejich nejbližších**
- 3. podporovat svépomocné aktivity**
- 4. zlepšit vztah veřejnosti k lidem s duševním onemocněním**

Cílovou skupinu tvoří:

- dlouhodobě duševně nemocní s psychotickým onemocněním a afektivními poruchami (s diagnózou F20, F21, F23, F25, F30, F31, F32, F33 tzn. schizofrenie, schizotypní porucha, akutní a psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze, periodická depresivní porucha) z Brna a okolí,
- lidé se stabilizovaným stavem,
- podmínkou přijetí je minimální věk 18 let.

Naopak služby nelze poskytnout lidem:

- nemající výše uvedenou diagnózu,
- s kombinovanými diagnózami,
- se závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách,
- s ochrannou léčbou (protialkoholní, toxikomanickou, sexuologickou),
- s ústavní psychiatrickou léčbou pro oblast práce,
- v akutní fázi nemoci,
- s agresivním chováním, které je diagnostikováno lékařem,
- lidem s takovým postižením, které vyžaduje alternativní způsob komunikace (např. s mentálním postižením, s autismem, se sluchovým postižením, nevidomým apod.),
- a také lidem, kteří neposkytli souhlas ke zkontaktování ambulantního nebo ošetřujícího psychiatra.

Při práci s klienty se pracovníci řídí následujícími principy: rovnoprávný přístup, nezávislý a profesionální přístup k uživateli, respekt k přáním uživatele, zachování důstojnosti uživatele, diskrétnost, individuální práce s uživateli podle písemných individuálních rehabilitačních plánů a v neposlední řadě je práce s uživateli v souladu s jejich přáním a rozhodnutím.

1. Sociální centrum

Sociální centrum poskytuje jednak služby sociální rehabilitace, ale také odborné sociální poradenství nazvané Poradna PŘES PRÁH.

Sociální rehabilitace

Posláním služby je podporovat uživatele, kteří se ocitli v důsledku své nemoci v nepříznivé sociální situaci. Cílem je, aby tito klienti byli samostatní a nezávislí v prostředí, které si sami vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.

Služba se snaží o podporu uživatele v navázání a zachování sociálních vazeb s rodinou, spolupracovníky, přáteli, dále ho podporuje v úsilí získat práci na základě jeho schopností a dovedností a se snaží se o to, aby byl klient schopen smysluplně trávit svůj volný čas. Pro oblast práce je služba určena klientům ve věku 18 - 58 let s ochotou pracovat na otevřeném trhu práce. Cílem této služby je také podpora uživatele v samostatnosti v oblasti péče o sebe, bydlení, vzdělání či hospodaření s finančními prostředky. V úspěšném začlenění do společnosti mu pomáhá i úsilí o dobrý zdravotní stav a nalezení významu a smyslu života.

Mezi základní činnosti patří např.: nácvik zvládnání domácích prací, pomoc při řešení bytové situace, pomoc a podpora při hledání zaměstnání, nácvik jízdy hromadnou dopravou v Brně, nácvik obsluhy mobilního telefonu, doprovod na úřady a pomoc při vyřizování různých dokumentů, nácvik práce s PC, nácviky asertivity a komunikace při uplatňování práv, podpora při dokončení a rozšíření vzdělání, hledání a uspořádání volného času, zvládnání krizových a stresových situací, pomoc s porozuměním své nemoci, pomoc s hledáním partnerů či kamarádů, pomoc s finančními problémy a činnosti zaměřené na rozvíjení a zlepšení sociálních či poznávacích schopností jako je paměť, vnímání, představitivost apod.

Základní metodou práce je psychosociální rehabilitace dle nizozemské školy STORM. Její filosofií je, že rehabilitace by měla být dostupná všem lidem s psychosociální nedostatečností či psychiatrickým postižením tak, aby jim pomáhala zlepšit kvalitu života. Důležitou součástí přístupu je poskytnutí naděje. Hlavní zásadou

je pracovat v souladu s přáními a potřebami péče. Práce s nemocným tedy vychází z toho, co si daný klient přeje, ale také především z toho, co zvládá. Klient si sám určuje, čeho by chtěl dosáhnout a přitom ho doprovází pracovník. Společně stanovují cíl, kroky a úkoly, ke kterým je potřeba dojít a tím vytváří rehabilitační plán. Ten se stává pro každého klienta jedinečným. Je zaměřen na rozvoj dovedností, naplňování sociálních rolí a získání co největší nezávislosti uživatele. Každý klient má ale jiné potřeby a oblasti, na které se zaměřuje a chce je zlepšit. Ve zvolené oblasti pak dochází k praktickým nácvikům, které probíhají krok po kroku. Společně s pracovníkem pak klient situace hodnotí a zvažuje, na kolik se mu daří plán plnit. Pracovník tedy pracuje s klientem systematicky prostřednictvím vědomě volené metody a strategie. Rehabilitační proces zahrnuje přesně následující fáze:

1. vytváření vztahu (tato fáze je zaměřena zejména na budování vzájemné důvěry mezi klientem a pracovníkem),
2. fáze mapování (je charakteristická shromažďováním, tříděním a rozбором informací, zaměřuje se na to, jak funguje klient a jak prostředí, hledá se bod, který vede k jasnému cíli),
3. fáze stanovování cílů (tato fáze vychází z předcházející, kladou se cíle celkové, které jsou kladeny do vzdálenější budoucnosti (představa o budoucnosti) a cíle specifické. Ty jsou zaměřeny na překonání překážek k realizaci celkového cíle, přičemž je důležité, aby cíl specifický byl pro klienta dosažitelný),
4. plánování kroků (zde se stanovují aktivity, které budou dělány, kým a jakým způsobem),
5. realizace kroků, výkonná fáze (dochází k realizaci plánu případně řešení překážek),
6. hodnocení a zpětná vazba (hodnotí se, zda došlo ke splnění cílů či ne a také faktory, které případně neumožnily dosažení předpokládaných cílů).

Pokud je to možné, tak se při rehabilitaci spolupracuje i s nejbližším okolím klienta (s rodinou, přáteli, partnery apod.). Psychosociální rehabilitace je chápána jako komplexní přístup, který se snaží postihnout všechny úrovně fungování: jedince, jeho okolí a společnost.

Tato metoda práce je využívána i v rámci ostatních služeb. (Psychosociální rehabilitaci je věnována pozornost také v teoretické části práce).

Služba sociální rehabilitace je poskytována bezplatně přibližně pro 48 klientů. O službu je takový zájem, že vznikají i pořadníky. Při práci je dodržován rovnoprávný a přátelský přístup, diskretnost, zachování důstojnosti a respektu k danému uživateli.

Odborné sociální poradenství - Poradna PŘES PRÁH

Posláním této služby je především poskytovat informace, které slouží jako podklad pro řešení klientovy nepříznivé sociální situace. Tím jen myšlen nedostatek informací a rad především z oblasti bydlení, práce, trávení volného času, navazování a udržení sociálních vztahů a oblasti duševního zdraví (tj. situace, kdy nemocný např. nevyužívá služeb psychologa či psychiatra, neví kam se obrátit v akutní fázi nemoci, má sebevražedné myšlenky apod.). Poradna také zprostředkovává právní a finanční poradenství, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Cílem této služby je informovaný klient, který je schopen na základě podaných informací začít řešit svoji situaci. Poradna slouží nejen samotným duševně nemocným s psychotickými a afektivními poruchami, kteří potřebují radu a pomoc, ale je určena i jejich příbuzným a osobám blízkým. Proto cílem této služby je také podílet se na zvyšování informovanosti veřejnosti o duševním onemocnění.

Co se týká telefonické nebo e-mailové komunikace poskytuje poradna jen základní sociální poradenství (předání kontaktů a základních informací), nejen pro zájemce z oblasti Jihomoravského kraje. Pokud se ale jedná o služby jako je doprovod na úřady, k lékaři, do poraden apod., musí mít klient bydliště na území Brna nebo jeho blízkého okolí. Kapacita služby je v současné době 16 klientů.

Služby jsou poskytovány bezplatně a anonymně. Pracovníci splňují potřebnou kvalifikaci k výkonu sociálního pracovníka či poradce a nadále se profesně vzdělávají a rozvíjí. Ke klientům přistupují jednotlivě, tzn. je dodržován individuální a profesionální přístup.

2. Centrum denních služeb

I touto službou se sdružení snaží přispět k tomu, aby uživatelé měli šanci žít co nejkvalitnější život s minimální podporou sociálních služeb. Služba poskytuje klientům

bezpečný prostor v komunitě ostatních lidí bez pocitu ohrožení. Poskytuje prostředí, ve kterém mohou být klienti mezi lidmi, zvyšovat svoji samostatnost, učit se sociálním dovednostem a smysluplně využívat svůj volný čas. Uživatel má v centru možnost navázání nových přátelství, získání a zlepšení nových schopností např. v komunikaci s lidmi, navazování a upevňování mezilidských vztahů, zdraví a péče o sebe a dalších činností, které jsou podstatné pro začleňování do společnosti. Mezi ty nejvýznamnější patří: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pro praní, žehlení, poskytnutí a asistence při zajištění stravy, pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

Vedle centra denních služeb navštěvují klienti i **denní centrum Pohoda**, které funguje v dopoledních hodinách od 9 - 13 hod. Pravidelné aktivity zejména v odpoledních hodinách zajišťuje centrum denních služeb. Jsou zaměřené podle dovedností pracovníka, který je vede. Jsou blíže popsány v kapitole pozorování.

Centrum denních služeb pořádá v rámci zajištění kontaktu se společenským prostředím tzv. akce. Jsou výjimečné tím, že se jich mohou účastnit nejen uživatelé, ale i jejich rodinní příslušníci a přátelé nebo zájemci o službu Centra denních služeb. Jedná se o jednorázové a tradiční aktivity jako je návštěva divadel, muzeí, galerií, kulturních, historických, technických a přírodních památek v Brně a okolí. Charakter akcí se odvíjí od aktuální nabídky, přání a nápadů klientů.

Tato služba je zpoplatněna, počet klientů, kteří mohou tuto službu využívat, v současné době čítá 15 lidí. Vztah mezi uživatelem a pracovníky je založený na vzájemné důvěře, klient se stává rovnocenným partnerem. Dbá se na zachování důvěrnosti informací a ochranu osobních údajů.

Doplňkovou službou centra denních služeb je individuální a skupinová psychoterapie a podpůrná skupina pro blízké osoby lidí s psychotickým onemocněním.

3. Bydlení

Chráněné bydlení

Posláním této služby je zvyšovat soběstačnost klientů, aby mohli po ukončení pobytu samostatně bydlet v přirozeném prostředí. Sdružení Práh poskytuje uživatelům,

kteří v důsledku své nemoci sami nezvládají samostatné bydlení služby bydlení skupinového a individuálního.

Služba skupinového bydlení je určena pro uživatele, kteří chtějí trénovat zvládnání samostatného bydlení s intenzivní podporou pracovníka služby. Byty, které klienti využívají, se nachází v samostatném křídle budovy sdružení. S uživatelem je uzavírána smlouva na 6 měsíců s možností prodloužení až na 2 roky. Sdružení nabízí i možnost zkušebního pobytu před samotným nástupem do chráněného bydlení.

Chráněné bydlení individuální poskytuje bydlení s menší podporou pracovníka služby. K dispozici je několik menších, částečně zařízených tréninkových bytů v běžné městské zástavbě v Brně. S uživatelem se uzavírá smlouva na 6 měsíců s možností prodloužení až na 3 roky.

Služba je poskytována za úhradu pro 9 uživatelů a kromě již výše zmíněných zásad, které pracovníci dodržují i u ostatních služeb, u této je kladen důraz na respekt k soukromí uživatele.

Podpora samostatného bydlení

Posláním je stejně jako u chráněného bydlení zvýšení soběstačnosti potřebné k samostatnému bydlení v přirozeném prostředí. Pracovník pomáhá klientovi získat a zvládat bydlení, schází se s ním na společných schůzkách, kde se společně věnují záležitostem podle jeho momentálních potřeb a přání. Společně usilují o to, aby klient disponoval takovými schopnostmi a dovednostmi, které mu umožní samostatné bydlení dle jeho potřeb a možností. Cílem služby je také to, aby klient uměl zacházet se svou nemocí, uměl využívat služby, které potřebuje a navazoval a udržoval přirozené a sociální vztahy. Smlouva se uzavírá na 1 rok s možností prodloužení, věk klienta musí být mezi 18-63 lety. Služba je placená a nabízí využití pro 15 uživatelů.

4. Sociálně terapeutické dílny

Posláním sociálně terapeutických dílen je aktivní podpora uživatelů při zachování či nabytí základních pracovních návyků a dovedností, podpora jejich samostatnosti a přispění k celkovému zvýšení společenského postavení. Tato podpora má pomoci klientům postupně získat chráněné místo nebo místo na otevřeném trhu práce.

Cílem těchto služeb je uživatel, který zvládá pracovní návyky, péči o vlastní osobu a je soběstačný. Pravidelný režim pracovních činností přispívá ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, pravidelná docházka, pracovní tempo, zodpovědnost k práci a komunikace pomáhá při rozvíjení sociálních dovedností. Také výrobky, které klienti vytvoří, pomáhají informovat veřejnost o službě a mohou tím přispět k pozitivní prezentaci duševně nemocných ve společnosti. Služby jsou poskytovány za stálé podpory pracovníků dílen.

Sociálně terapeutické dílny zahrnují dílnu **Rukodělnou**, sociálně terapeutickou dílnu **Trojlistek** a tréninkovou kavárnu **Café Práh**. Kavárna je poměrně novou službou, funguje od října roku 2005. Tento typ rehabilitace, který se v ČR začal uplatňovat od r. 1997 a s jeho organizací začalo jako první o. s. Greendoors v Praze, slouží ke znovunabytí pracovních a sociálních dovedností, zvýšení sebevědomí, zlepšení zdravotního stavu i k posílení schopnosti normálně se uplatnit na volném trhu práce. Ze zkušeností vyplývá také to, že provozování kavárny pro veřejnost omezuje stávající předsudky a racionalizuje pohled společnosti na duševně nemocné.

5. Podporované vzdělávání

Je novým projektem občanského sdružení. Podporuje mladé lidi s duševním onemocněním při zvládání těžkostí během studia nebo zvládání obtíží, které s sebou nese příprava na další studium. Týká se rozvoje schopností a dovedností potřebných k úspěšnému průběhu studia, dosahování studijních cílů, orientace a plánování školních povinností, zvládání stresových situací spojené se studiem včetně jednání s pedagogy. Je určena i pro ty, kteří se chtějí ke studiu vrátit.

Cílem projektu je zlepšit rovné příležitosti žáků středních a vysokých škol včetně žáků s psychickými problémy.

Program zahrnuje následující aktivity:

1. preventivní - jsou určeny žákům středních škol i jejich pedagogům či metodikům prevence. Probíhají formou seminářů nebo interaktivních workshopů na různá témata (stigmatizace duševně nemocné, specifika duševních nemocí, dopady na studium atd.),
2. přímá podpora žáků s psychickými problémy nebo duševním onemocněním - probíhá v jejich prostředí podporou jejich bezprostředního okolí a podporou pedagogů,

3. rozvinutí podpůrné sítě podporovaného vzdělávání v brněnském regionu jako sítě vzájemně propojených a efektivně spolupracujících pedagogických, zdravotnických a sociálních institucí.

Samotná podpora studenta se realizuje formou poradenství (to je určeno všem studentům, kteří se potýkají s psychickými problémy, je poskytováno formou krátkodobých konzultací nebo prostřednictvím on-line poradny) nebo formou dlouhodobého individuálního podpůrného programu. Ten je určen žákům středních a vysokých škol mající diagnózu již výše zmíněného psychotického onemocnění tzn. mladým lidem od 15 let věku z Brna a okolí, kteří aktuálně studují nebo se chtějí v budoucnu studiu věnovat. Mohou navštěvovat i podpůrnou skupinu určenou pro mladé studenty od 15-25 let věku.

Služba je nabízena nejen samotným studentům, ale také všem pracovníkům škol a školských zařízení, rodičům a osobám blízkým, kteří jsou zdrojem jistoty, bezpečí a pomoci studenta. Podpora rodiny a školských pracovníků je poskytována formou individuálních konzultací. V případě pedagogů probíhají i tzv. Semináře na klíč, které jsou zaměřeny na problematiku výuky. Pro všechny tyto skupiny je k dispozici již výše zmíněná on-line poradna, která slouží k poskytnutí základních informací nebo poskytnutí kontaktů na jiná specializovaná pracoviště.

6. Doplnkové služby

Podporované zaměstnávání

Tato doplňková služba sdružení podporuje uživatele z brněnského regionu v jejich přání pracovat v běžném zaměstnání. V nabídce služby je program přechodného zaměstnávání a podporovaného zaměstnávání.

Podporované zaměstnávání pomáhá získat a udržet si běžné zaměstnání, přechodné zaměstnávání umožňuje uživatelům krátkodobě pracovat v přirozeném prostředí u smluvních zaměstnavatelů Sdružení Práh - jako agentury práce.

Hlavním cílem služby je nejen ujasnění pracovních možností a kariéry, rozvoj schopností a pracovních návyků, zvýšení nezávislosti a odpovědnosti a začlenění uživatele do běžného pracovního, ale také zasazení se o rovné příležitosti

v zaměstnávání a podpora vědomí společenské odpovědnosti samotných zaměstnavatelů.

Služba je nabízena především uživatelům, kteří již mají ve Sdružení Práh nějakou pracovní zkušenost a pracovní zařazení doporučil i příslušný psychiatr.

Chráněná dílna šicí

Nabízí pracovní uplatnění a pomáhá udržet a posilovat pracovní a sociální dovednosti. Je určena pro uživatele, kteří jsou v pracovních dovednostech velkou měrou samostatní, ale nestačí nárokům otevřeného trhu práce. Práce je zpravidla na kratší pracovní úvazek (min. 20 hod týdně). Prostředí dílny se maximálně blíží běžným pracovním podmínkám a pracovník je zaměstnancem Sdružením Práh, má řádně uzavřenou smlouvu se zkušební dobou na 3 měsíce, dodržuje všechna pravidla vyplývající u pracovních-právního vztahu a za práci pobírá mzdu. Dílna je zařazena do systému chráněných dílen podporovaných Ministerstvem práce a sociálních věcí prostřednictvím Úřadu práce. Uživatelé tohoto chráněného místa v dílně pracují s textilními materiály: střihání, šití, vyšívání, potisk, batikování, výroba jednoduchých dekoračních i užitkových předmětů jako jsou tašky, polštáře apod.

Volnočasové aktivity

Volnočasové aktivity byli součástí centra denních služeb, ale nyní jsou již samostatnou doplňkovou službou Sdružení Práh. Vznikly především za účelem poskytnout uživatelům chráněné prostředí, ve kterém si mohou vyzkoušet či natrénovat různé aktivity. Se získanou sebedůvěrou se pak klienti mohou hlásit do klasických zájmových kurzů mimo Práh. Jednotlivé kurzy mohou navštěvovat všichni uživatelé sociálních služeb sdružení, ale pokud jsou volná místa, mohou je využívat i lidé s psychotickým onemocněním, kteří jinak služeb Prahu nevyužívají vůbec. „Volnočasovky“ vedou většinou lektori z řad dobrovolníků, ale i někteří zaměstnanci. V některých případech dokonce samotní klienti. Kurzy jsou pro uživatele zpoplatněny, výjimku tvoří pouze muzikoterapie a časopis Lávka.

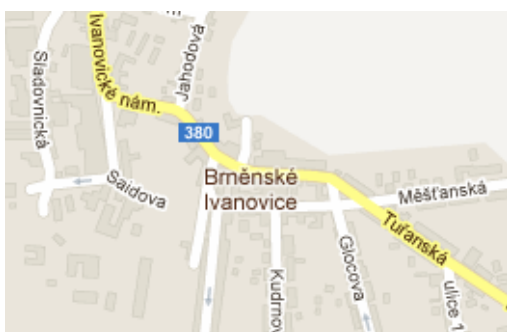
Nabídka kurzů je velmi pestrá. Zahrnuje počítačové kurzy, jazykové kurzy (angličtina, němčina, francouzština a španělština), šachy, tai-chi, ping-pong,

muzikoterapii, keramiku, pedik (vytváření užitkových předmětů z bílého loupavého proutí např. košíky, vánoční ozdoby, tácky apod.) a ruční práce. Jednou z aktivit je i tvorba a vydávání uživatelského časopisu Lávka. Ten vychází 4x do roka, uveřejňuje informace o dění kolem sdružení, uměleckou tvorbu uživatelů (básně, povídky, kresby), ale i reakce na společenské dění ohledně problematiky duševně nemocných. Distribuci provádí členové redakční rady ve spolupráci s koordinátorkou.

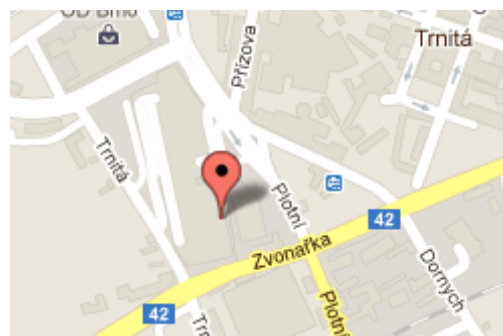
4. 3 Vlastní pozorování

1. Nezúčastněné pozorování

S o. s. Práh jsem navázala kontakt v říjnu 2011. Měla jsem možnost prohlédnout si sídlo sdružení v Brněnských Ivanovicích (konkrétně na ulici Tuřanská 12) a tréninkovou kavárnu Café Práh ve Vaňkovce a to v jejím kulturním centru Slévarna.



Obr. č. 3 - č. 380 - O. s. Práh



Obr. č. 4 - Café Práh

Oba objekty jsou na fotografiích v příloze č. 2 a 3. Interiéry v budově na Tuřanské zachyceny nejsou vzhledem k zachování soukromí klientů, kteří jsou přes den přítomni.

Jak již bylo zmíněno výše, jde o budovu postavenou téměř před 100 lety, která i přes rekonstrukci limituje možnosti poskytovaných služeb. Proto jsou všechny prostory plně využívány. Vybavení a zařízení se dle finančních možností doplňuje postupně. Po vstupu do objektu vás přivítá pracovník recepce, který návštěvu zapíše a umožní základní orientaci v budově. Hned vedle recepce je vchod do hlavní společenské místnosti (místnost denního centra Pohoda), kde mají klienti k dispozici

piano, televizi, hifi-věž, stůl na stolní tenis a počítač. Počítači je vybavena i učebna pro zájmový kurz. Pro potřeby Centra denních služeb a denního centra Pohoda slouží i kuchyně, kde probíhají jednak kurzy vaření, ale také umožňuje klientům, pracovníkům i dobrovolníkům uvařit si čaj nebo kávu. Tato centra nabízí kromě vaření i další výchovné, vzdělávací i aktivizační činnosti jako je například hraní společenských her, sportovní hry, četba, poslech hudby, zpívání, hra na hudební nástroje nebo výtvarné tvoření. Aktivity ovšem nejsou pro uživatele povinné, klienti se věnují v menších skupinkách tomu, čemu chtějí, pokud je to v souladu s pravidly a neomezuje to ostatní. Dobrovolná je i docházka do denního centra Pohoda, které funguje v dopoledních hodinách. Klienti sem přicházejí dle své potřeby. Pracovníci centra denních služeb, kdy funguje i Pohoda nabízí předem připravený program: rehabilitační a relaxační cvičení, besedy (povídání na různá témata z běžného života), nebo promítání různých filmů. Některé činnosti vznikají i z iniciativy uživatelů. Bývá to např. čtení z knihy, cestopisná přednáška, vycházka s výkladem apod. Mezi pravidelné aktivity patří v odpoledních hodinách tzv. Dvouhodinovka s ... Ta je určena těm, kteří rádi něco vytvářejí, a zajímá je práce s různým výtvarným materiálem. Volbu témat si uživatelé volí dle jejich přání. Jednou za 6 týdnů jsou do denního centra Pohoda zváni uživatelé i pracovníci na tzv. „Sezeníčko“, kde probírají nápady na další akce, sdělují si nápady či případné připomínky.

Sportovní využití je vzhledem k prostorám omezené, k dispozici mají klienti stůl pro stolní tenis. Jednou týdně probíhají relaxační cvičení, kde klienti provádějí cviky zaměřené na protažení páteře, svalů a celkového uvolňování těla. Doplňkem relaxace je příjemná hudba. V rámci sportovního odpoledne mají klienti mimo areál, ale v blízkosti hlavní budovy možnost chodit hrát kuželky. Pravidelnou aktivitou jsou také taneční odpoledne, v jarních a letních měsících vycházky. Za dobrého počasí mohou klienti využívat také zahrady, která je udržovaná a konají se zde různé akce a setkání. Mezi ty pravidelné patří táboráky, karneval, programy spojené s velikonočními svátky, Mikulášská nadílka apod.

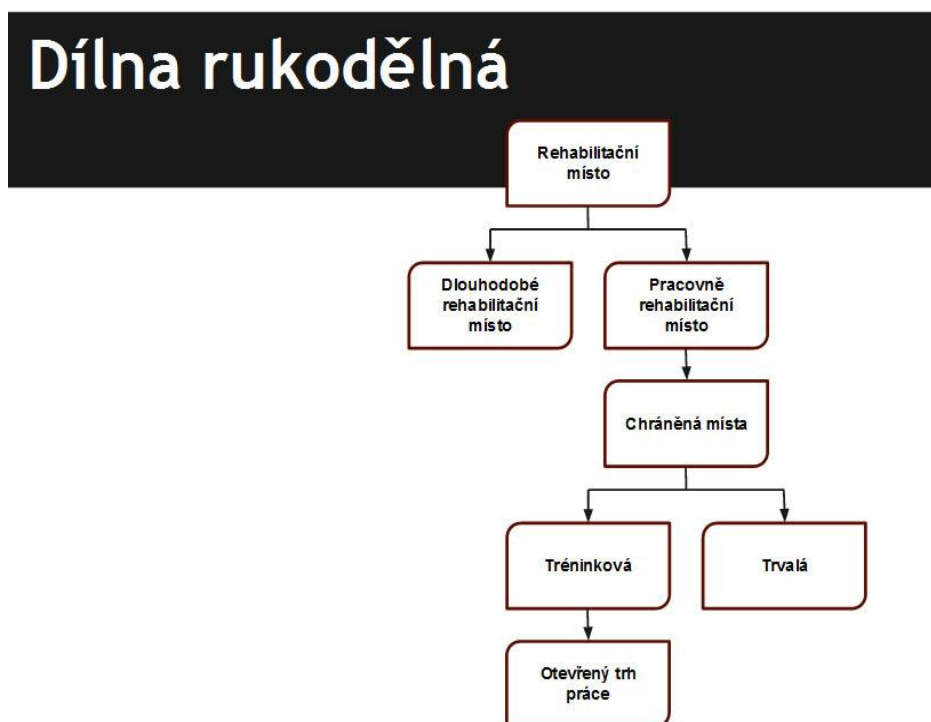
Klientům, kteří kouří, je v budově k dispozici také kuřárna. Takzvané hovorny slouží k domluveným schůzkám pracovníků s klienty nebo hosty. V budově se nachází i zasedací místnost, která je místem vhodným k různým poradám či školením.

V odděleném křídle budovy Sdružení Práh v Brně se nachází tzv. chráněné bydlení skupinové, kam z pochopitelných důvodů mají přístup pouze uživatelé a příslušní zaměstnanci. Poskytuje bydlení až pro 5 osob. Byt má pět jednolůžkových

pokojů a společné prostory: obývací místnost, kuchyň, koupelnu a toaletu. Byt je plně zařízen, ale uživatel si může nastěhovat i drobnější nábytek a své osobní věci.

Nyní bych se chtěla podrobněji věnovat sociálně terapeutickým dílnám, které jsou také kromě Café Práh umístěny v hlavním objektu. Hlavně až prohlídka a instruktáž zaměstnanců mi umožnila pochopit systém fungování jednotlivých dílen, který navíc od 1. 1. 2012 doznal jistých změn. Dílny jsou vedeny týmem pracovníků služby, kteří zajišťují samotný chod a jsou také odpovědní za kvalitu rehabilitace v dílně. Pracovníci s každým klientem pracují individuálně a reagují na jeho aktuální potřeby. Prostředí dílen se snaží v co největší míře přiblížit běžnému pracovnímu prostředí a simulovat běžné pracovní podmínky.

Největší dílnou v budově je dílna Rukodělná. Klienti zde vyrábí lepenkové dárkové krabičky, košíky z papíru, batikovaná trička, tácky po hrnky, květináče, zvonečky event. další jednoduché práce na zakázku (skladání letáků, balení výrobků) atd. Je členěna do tří částí. V první části dílny pracovníci obsluhují stroje na přípravu materiálu na výrobu krabiček. Práce je fyzicky namáhavější a vyžaduje zručnost a odbornou znalost práce na strojích. V druhé části probíhá méně fyzicky namáhavá práce vsedě. Poslední část je určena pro nácvik a výrobu batikovaných triček. Zařazení klientů v dílně se ovšem liší, viz následující graf:



Obr. č. 5 - Dílna rukodělná

Vysvětlení:

rehabilitační místo - smlouva o poskytnutí služby na 1 rok, docházka 2 hod 1x týdně, velká míra podpory asistence, klient je směřován k tomu, aby přestoupil na pracovní rehabilitační místo,

pracovní - rehabilitační místo - smlouva o poskytnutí služby na 1 rok, docházka minimálně 10 hodin týdně, povinné absolvování nácviku sociálních dovedností, možnost absolvovat Job club a po odchodu možnost přestoupit na chráněné místo,

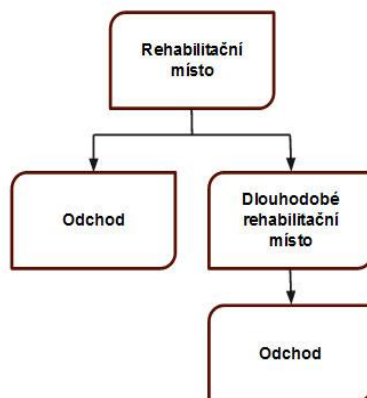
chráněné místo

- **tréninkové** - docházka minimálně 15 hodin týdně, podepsaná pracovní smlouva, pravidelná docházka bez omluvených absencí, doba setrvání max. 3 roky, zvládnutí 80% výrobního programu, povinnost docházet na schůzky v rámci sociální rehabilitace,
- **trvalé** - doba setrvání je neomezená limitovaná pouze potřebami provozu, minimální docházka 20 hodin týdně, zvládnutí 90% výrobního programu a klient se stává oporou dílny,

dlouhodobě rehabilitační místo - pro klienty potřebující dlouhodobou rehabilitaci, kde se nedaří dlouhodobě naplnit rehabilitační cíl. Klient má povinnost do 2 let absolvovat edukační skupinu.

Dílna Trojlístek zahrnuje dílnu textilní, provozní a Bazalku. V dílně textilní pracují klienti s textilními materiály tzn. stříhání, šití ruční i strojové, vyšívání i tkaní na ručním stavu. Také vyrábějí jednoduché dekorační i užitkové výrobky jako jsou hračky, polštáře apod. Provozní dílna zahrnuje administrativní práci či vedení recepce. V Bazalce se vyrábí dekorační předměty formou různých výtvarných technik, např. zpracování keramické hlíny, výroba šperků, fotorámečků, drátkování aj. Zařazení klientů v Trojlístku ukazuje následující graf:

Dílna Trojlístek



Obr. č. 6 – Dílna Trojlístek

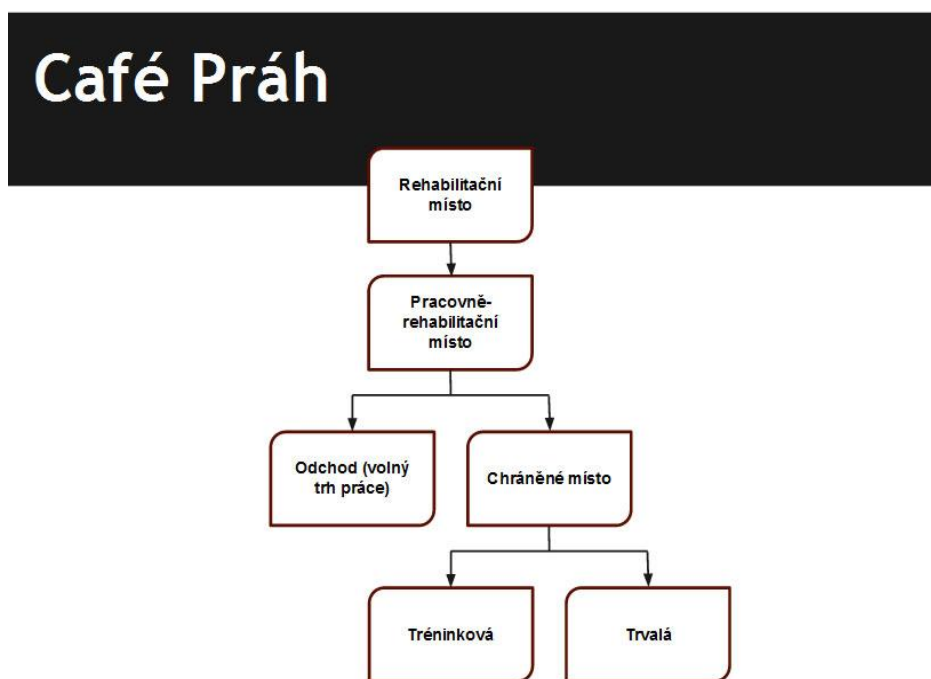
Vysvětlení:

rehabilitační místo - smlouva o poskytnutí služby na 1,5 roku, nutná minimální docházka 2 hod týdně 2 x do měsíce, omluvené absence, absolvování nácviku sociálních dovedností a nácviku na počítači. Rehabilitace není směřována jen na nácvik výrobního programu, ale i na nácvik dovedností, které klient může využít i mimo dílnu,

dlouhodobě rehabilitační místo - určeno pro klienty, kteří potřebují dlouhodobější pracovní rehabilitaci (déle jak 1,5 roku). Minimální docházka je 2 hod týdně minimálně 2x do měsíce. Součástí rehabilitačního procesu je povinnost klienta účastnit se jednoho z možných nácviků: Job club, edukační skupina.

Sociálně terapeutickou dílnou umístěnou mimo ústřední objekt je Café Práh. Tato tréninková kavárna je nekuřácká, s vyhrazeným prostorem pro děti, pro pracovní setkávání s možností připojení k internetu. V kavárně je vyhrazen i kout, kde jsou vystaveny výrobky různých chráněných dílen, kde si je lidé mohou prohlédnout a případně i zakoupit. Vzhledem k tomu, že je kavárna oddělena od rušné části nákupního centra Vaňkovka, je vhodným místem i k relaxaci. V kavárně vládne příjemná a klidná atmosféra. Je místem i pro pořádání vernisáží, autorských čtení,

koncertů i firemních setkávání. Systém rehabilitačního, pracovní - rehabilitačního či chráněného místa je znázorněn také následujícím grafem:



Obr. č. 7 – Dílna Café Práh

Vysvětlení:

rehabilitační místo - doba setrvání je 3 maximálně 4 měsíce, pokud v tomto čase klient nezvládne přestoupit v tomto období na pracovní - rehabilitační místo, je mu doporučena jiná dílna nebo služba poskytující dlouhodobější rehabilitaci, minimální docházka je 2 hod týdně, ale postupně je docházka navyšována, klient absolvuje nácviky sociálních dovedností.

pracovní - rehabilitační místo - minimální docházka 2 x 4 hodiny týdně (u uklízeče 2 x 3 hod. týdně), omluvené absence a spolupráce na schůzkách, podepsaná pracovní smlouva a doba setrvání max. 1, 5 roku. Klient musí ovládat 75% výrobního programu bez podpory asistenta, povinnost absolvovat Job club. Při přechodu na chráněné místo musí být vytvořen protikrizový plán nebo jeho adekvátní náhrada.

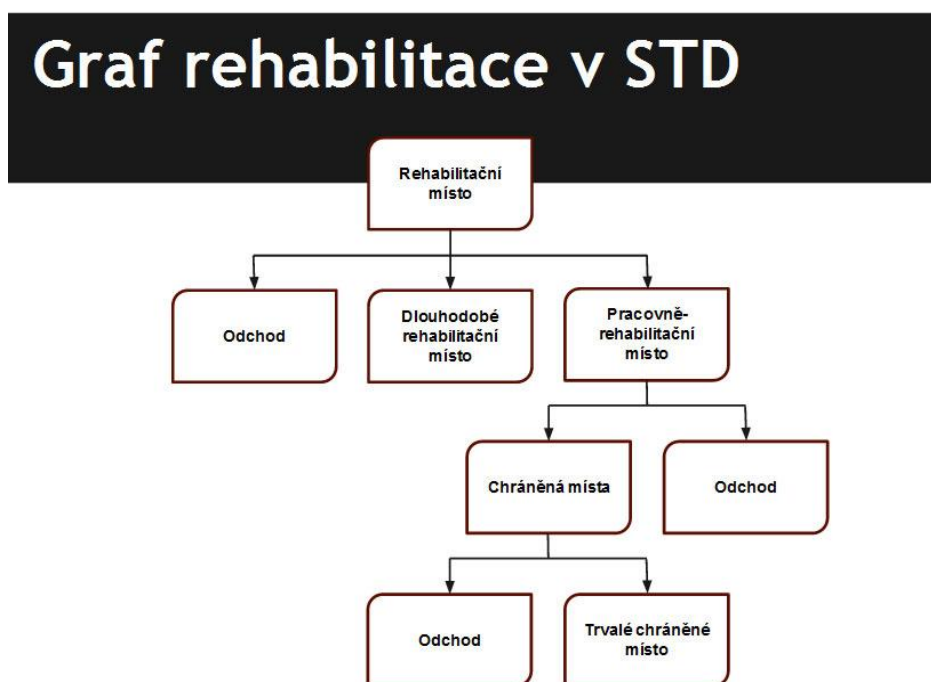
chráněné místo

- **tréninkové** - požadavky se různí dle jednotlivé pracovní pozice, společné je ale 100% ovládnutí výrobního programu a v požadovaném čase a bez podpory asistenta 20 hodinové docházky, podepsaná pracovní smlouva a omluvené

absence, úspěšné absolvování nácviku sociálních dovedností a Job clubu. Klient musí zároveň docházet na schůzky v rámci sociální rehabilitace. Doba setrvání na místě je max. 1, 5 roku. Po ukončení smlouvy nutnost absolvovat v minimální délce 3 měsíců pokusy na otevřeném trhu práce. V případě neúspěchu možnost se přihlásit na chráněné místo (ale pouze 1x). Nácviková místa jsou určena na pracovní pozice: číšník, prodavač, uklízeč, kuchař. Maximální počet uživatelů je stanoven od počtu pracovníků kavárny a vedoucí sociálně terapeutické dílny.

- **trvalé** - vyšší nároky než na místě tréninkovém. Místa jsou pouze pro pracovní pozici kuchař a číšník. Doba setrvání je neomezená, je limitována pouze potřebami provozu.

Celkové zařazení a systém sociálně terapeutických dílen je znázorněn v následujícím grafu:



Obr. č. 8 - Graf STD

2. Zúčastněné pozorování

Od října 2011 mám také možnost se přímo účastnit činnosti o. s. Práh jako dobrovolnice. V rámci doplňkové služby Prahu - volnočasových aktivit vedu kurz španělštiny pro začátečníky. Také jsem se zapojila do činnosti Sociálního centra, v rámci něhož se také setkávám s klienty na společných schůzkách mimo prostory Prahu tj. v přirozeném prostředí.

Tomu ovšem předcházela instruktáž v řadě oblastí a doložení určitých kompetencí (prohlášení o zdravotní způsobilosti, čistý trestní rejstřík, dotazník týkající se mých zájmů a kompetencí, seznámení s etickým kodexem, zásadami bezpečnosti práce, prohlášení mlčenlivosti a dalšími metodickými pokyny). Dále jsem byla poučena o cílové skupině, některých projevech jejich nemoci a vhodném chování při možných krizových situacích.

Samotná práce s klienty mi umožnila lépe vnímat atmosféru ve sdružení i některá úskalí, která s sebou tato práce přináší. Celkové klima by se dalo vyjádřit následujícími slovy: klid, přátelský a rovnoprávný přístup, respekt a zachování důstojnosti. Z chování pracovníků, mezi nimiž převažují mladé ženy, na mě udělal dojem zájem o práci, individuální přístup ke každému klientovi, trpělivost a vstřícnost. Je zcela zjevné, že pracovníci opravdu „naplňují poslání“, a úspěchy a zdary klientů jim přináší i osobní obohacení. Pokud jsem byla schopna posoudit, vztahy mezi zaměstnanci jsou dobré, týmová spolupráce zde není formální.

Atmosféru dotváří samotní klienti, kteří služby Prahu čerpají. Z toho, co jsem mohla sama pozorovat, klienti působí spokojeně, většina se k sobě chová kamarádsky (komunikují spolu, z akcí společně odcházejí, spolu je hodnotí, domlouvají se na příště apod.). Samozřejmě jsou i možnosti nedorozumění, které vyplývají jednak z různosti klientů obecně a jednak z charakteru jejich onemocnění (klientka má např. pocit, že ji ostatní v dílně pozorují, někteří klienti reagují minimálně vzhledem k apatii). Když jsem začala s klienty pracovat, zpočátku byli sice korektní, ale zachovávali si odstup, méně komunikovali. Cca po měsíci, se zdá, se zbavili zábran, naše komunikace je otevřená, zahajují hovor spontánně, i sami vnášejí nápady.

Musím připustit, že jsem zpočátku ani neočekávala, že tato činnost bude i pro mě obohacující a bude mi přinášet takovou radost.

4. 4 Polostrukturované rozhovory s klienty

V rámci svého působení v o. s. Práh jsem oslovila některé klienty, s některými jsem se setkala i mimo sdružení např. na doporučení mých známých. V rozhovorech jsem se dotazovala jak dlouho se léčí s psychickými obtížemi, jak se o službách Prahu dozvěděli, jakých služeb dosud využili a jak byli spokojeni. Také mě zajímalo, co by naopak ještě přivítali. Informantům byla zaručena anonymita a podepsali informovaný souhlas, že výstupy z rozhovorů použiji ve své diplomové práci. Okruhy otázek, které byly klientům kladeny, se nachází v příloze č. 4.

1. Rozhovor s mužem „A“

Klientovi je 32 let, s psychickým onemocněním se léčí přibližně 6 let. Během toho byl 4x hospitalizován. Informace o činnosti Prahu získal v psychiatrické léčebně z nástěnky. Služeb začal využívat již po první hospitalizaci. Využíval podporu v zaměstnávání, působil na chráněném pracovním místě. V současné době využívá doplňkové služby - volnočasových aktivit, kde se účastní především jazykových kroužků. Největším přínosem pro něj byla možnost získat své první zaměstnání v životě. Velmi oceňuje přístup všech zaměstnanců. Výrazné kritické připomínky neměl, jen by ocenil, kdyby denní centrum Pohoda fungovalo i v odpoledních hodinách. Rovněž by přivítal program zaměřený na „povídání o partnerských vztazích, navazování kontaktů, rady jak se seznámit“. Sdružení Práh by ostatním klientům rozhodně doporučil, zmínil, že mu sdružení poskytlo „sociální kontrolu, což okolí velmi dobře zaznamenalo“.

2. Rozhovor s mužem „B“

Klientovi je 26 let, psychické potíže má necelý rok. Hospitalizován byl jedenkrát. Do Prahu se dostal na doporučení svého psychiatra. Využívá služeb Prahu třičtvrtě roku. Účastní se kroužků jazyků a kurzu počítačů. Rovněž využívá služeb sociálního centra a podpory vzdělávání. V současné době je zařazen na rehabilitačním místě v sociálně - terapeutické dílně. Jako největší přínos vnímá sociální kontakty „ našel jsem si kamarády“, oceňuje organizaci Prahu a široké spektrum služeb. Výhrady nemá ani žádná zvláštní přání, Práh by doporučil ostatním.

3. Rozhovor s ženou „C“

37 letá klientka s psychickými potížemi se léčí 9 roků, v psychiatrické léčebně byla dvakrát. Práh jí byl doporučen ambulantním psychiatrem i klinickým psychologem. Práh navštěvuje již osmým rokem. Využívá dlouhodobě rehabilitačního místa v sociálně terapeutické dílně, služeb sociálního centra i denního centra Pohoda. V něm se účastní kurzu vaření, povídání u stolu, ráda navštěvuje pravidelné akce, jako jsou maškarní plesy, vánoční večírky atd. Největším přínosem je pro ni práce v dílně, dle vlastního sdělení ji „práce za poslechu hudby uklidňuje a zlepšuje soustředění“. K výhradám patří „více psychoterapie, abych mohla vést větší dialog o svých problémech“. Ráda by o svých problémech více hovořila i s klienty v denním centru. Práh by určitě doporučila, pomáhá ji, cítí se zde dobře, „jakoby v chráněném prostředí“ a poskytuje ji kvalitní a odbornou pomoc.

4. Rozhovor s mužem „D“

39 letý klient, léčí se asi 5 let. Neví, kolikrát byl hospitalizován, ale dlouhodobě. Kdy se dostal do kontaktu s o. s. Práh neví, pravděpodobně na doporučení lékařů léčebny. Asi půl roku využíval podporovaného bydlení, avšak samostatný život nezvládl. Během pobytu v léčebně ho cca dvakrát do měsíce navštěvuje pracovnice sociální služby o. s. Práh. Klient uvádí, že její návštěvu vítá. (Blíže není schopen své pocity formulovat). Sdružení Práh by doporučil ostatním klientům (opět není schopen formulovat důvod).

5. Rozhovor s mužem „E“

Klientovi je 33 let. S psychickými potížemi se léčí 11 let. Byl pětkrát hospitalizován, o Sdružení Práh mu řekla maminka, která získala informace z internetu. Služeb Prahu využívá zhruba 5 let. Navštěvuje 3x týdně denní centrum Pohoda, účastní se kulturních akcí, které pořádá Denní centrum služeb, a v rámci volnočasových aktivit navštěvuje kurzy jazyků. Největším přínosem dle něj jsou „kamarádi, které si zde našel“. Oceňuje rozvoj služeb po dobu, co zařízení navštěvuje, zmiňuje, že „množství a nárůst služeb není na úkor jejich kvality“. Sám žádné další přání nemá. Práh by doporučil.

6. Rozhovor s mužem „F“

43 letý klient, léčí se „dávno“. Hospitalizován byl asi třikrát. O sdružení Práh mu řekla kamarádka. Využívá služeb sociální centra, v Prahu absolvoval počítačový kurz a nyní se pracovníě rehabilituje v tréninkové kavárně Café Práh. Služby o. s. Práh hodnotí kladně, v budoucnu hodlá využít dalších vzdělávacích možností. Výhrady nesdělil, Práh by samozřejmě doporučil i jiným.

4. 5 Polostrukturované rozhovory s pracovníky služeb

S otázkami jsem oslovila také několik pracovníků jednotlivých služeb. Mým cílem bylo zachytit, co jim práce přináší, nebo naopak bere, kde vidí největší problémy, zda se za dobu jejich působení situace ve sdružení změnila a v čem, jak vnímají reakci zdravé veřejnosti. Abych zachovala jejich anonymitu, pokusím se shrnout jejich odpovědi do jednotlivých okruhů: (viz schéma v příloze č. 4)

1. Doba zaměstnání se u informantů pohybovala od 3 do 10 let. Většina z nich již měla dříve praxi v pomáhajících profesích.

2. Pracovníci byli požádáni, aby formulovali přínos své práce pro klienty. Vyjádřili se následujícími slovy: „podpora, spojenectví v nemoci, pomoc klientům samotným, práce na tom, aby klient dosáhl pomoci a podpory v tom, co si sám přeje, pracovní zapojení do sociálně terapeutických dílen snižuje počet hospitalizací, sdružení vytahuje pacienty z ústavního prostředí, boj proti hospitalismu, pomoc při začleňování do běžného života a naplnění poslání a cílů vyplývajících z jednotlivých služeb“.

3. Problémy při práci ze strany klientů byly následující: omezení finančních prostředků klientů vzhledem ke službám, které jsou placené, nekázeň části klientů při docházce, absence omluvy.

Problémy ze strany provozu: většina zaměstnanců zmínila nedostatek finančních prostředků, což ovšem část bere jako normální stav. Objevila se jenom připomínka k provozu kanceláře. Obtížným úkolem se jeví skloubení úkolu rehabilitace s běžným provozem kavárny pro veřejnost.

4. Pokud se měli zaměstnanci vyjádřit k tomu, co se za dobu jejich působení v organizaci změnilo, sdělovali, že profil klientů zůstává stejný. S rozsahem služeb narostla agenda, za pochodu se mění koncepce většiny služeb i podmínky pro vstup klientů. Na pracovníky jsou se změnou standardů kladeny i vyšší požadavky, změn doznal i přístup k dobrovolníkům, práce s nimi získala svůj řád (setkávání, proškolení). Kladně hodnotí zlepšení komunikace a spolupráce s léčebnou, s ústavními i ambulantními lékaři, psychology a dalšími odborníky.

5. Na dotaz co by jim v práci nejvíce pomohlo nebo co by uvítali, se objevili následující odpovědi: lepší povědomí veřejnosti o psychicky nemocných, zlepšení kompetencí sociálních pracovníků všeobecně, ustálení a zastavení nárůstu administrativy, více prostoru pro plánované aktivity, částečnou obnovu vybavení a s tím související i finanční prostředky. V odpovědích se objevilo i přání větší jistoty zaměstnání a větší možnosti odpočinku.

6. Dále byli pracovníci dotázáni na reakce laické veřejnosti na jejich práci, na klienty. Většina se domnívá, že pohled laické veřejnosti na psychicky nemocné nedoznal v poslední době výrazných změn, je negativní, lidé se klientů bojí, považují je za nebezpečné, nepředvídatelné (domnívají se, že tento obraz je značně posilován médií), pacienti se schizofrenií často ztotožňují s mentálně retardovanými, trvá neinformovanost. Jedenkrát se objevil názor, že alespoň v Brně již řada lidí má o činnosti o. s. Práh nějaké představy. Jedna pracovnice uvedla, že se přímo při práci nesesetkává s negativními postoji, neboť spolupracuje převážně s odborníky.

7. Závěrečná otázka směřovala na osobní přínos práce pro každého zaměstnance. Zde se odpovědi významně shodovaly, práce pracovníky velmi baví, není stereotypní, klienti se liší svými životními příběhy, každý je jedinečný, pracovníci se při práci stále vzdělávají a obohacují novými zkušenostmi. Jsou spokojeni i s týmem spolupracovníků (mladý kolektiv). Pracovníci na vedoucích postech navíc uváděli, že je na práci baví motivovat lidi, vést je, inovovat, stanovovat a spolupracovat na společných cílech. Samozřejmě ne vždy se daří cíle dané individuálními plány plnit, objevují se i smutné chvíle, přesto nikdo neměl pocit, že by se blížil syndromu vyhoření.

4. 6 Zhodnocení úlohy o. s. Práh v procesu resocializace psychoticky nemocných

1. Zhodnocení dokumentace

Z prostudované dokumentace vyplývá, že přes finanční a metodickou podporu v rámci projektu MATRA II., museli zakládající pracovníci disponovat obrovským osobním nasazením a entusiasmem, aby projekt nejen prosadili, ale i zrealizovali.

V dalších letech je patrné nejen rozšiřování spektra služeb, ale snaha o jejich zkvalitňování, úpravy vnitřního řádu, zavádění standardů, profesionalizace a další vzdělávání pracovníků.

S tím souvisí i rozšiřování komunikace a spolupráce nejen s odbornými kruhy (psychiatrická léčebna, psychiatrická klinika, ambulantní psychiatři, psychologové) ale i s dalšími organizacemi a širší veřejností.

Současně je nutno podotknout, že o. s. Práh má v oblasti Brna zcela monopolní postavení, neexistuje zde jiná takto rozsáhlá instituce angažující se v oblasti resocializace klientů s psychózou.

2. Výsledky pozorování

Prostory, jejich zařízení a vybavení v hlavní budově na Tuřanské je nutno posuzovat s ohledem na finanční možnosti. Nicméně prostředí je příjemné, účelně vybavené, dosluhující součásti se obnovují postupně dle finančních zdrojů. Tréninková kavárna Café Práh, která je relativně nová a určena pro veřejnost, je zařízena stylově, výtvarně zajímavě a uzpůsobena všem druhům návštěvníků.

Využití prostorů je maximální, spíše se jich nedostává. Spektrum služeb je široké, klienti si mohou každý den vybrat z velkého množství aktivit.

Celkové klima vytváří spíše vztahy v pracovním týmu, vztah pracovník - klient, klientů mezi sebou. Pokud jsem měla možnost pozorovat, v týmu jsou vztahy soudržné, pracovníci mají vnitřní motivaci, práce vychází ze znalostí a zkušeností, je tendence se vzdělávat (dobře propracovaný systém zaškolování, vzdělávání).

Vztahy ke klientům jsou partnerské, přiměřeně empatické, založené na respektu.

3. Analýza polostrukturovaných rozhovorů

a) s klienty

Vzhledem k tomu, že počet informantů z řad klientů byl malý a jejich životní příběh jedinečný, je obtížné jakékoliv zobecnění. (ani to nebylo záměrem).

Přesto si dovolím pár postřehů:

- klienti využívají více služeb,
- všichni hodnotí tyto služby i přístup pracovníků kladně,
- snadněji zde našli sociální kontakty (roli může hrát i fakt, že se zde cítí méně stigmatizováni),
- lépe se zapojili klienti s podporou nukleární rodiny,
- nikdo z nich neměl výrazné kritické připomínky (ani ti, kteří neměli problémy s verbalizací myšlenek),
- Práh by doporučili ostatním.

b) s pracovníky o. s. Práh

Většina dotazovaných pracovníků byla v kontaktu vstřícná, z odpovědí bylo patrné, že:

- práce s klienty je baví a považují ji za smysluplnou,
- oceňovali její rozmanitost, možnost invence,
- problematice rozumějí, vzdělávají se,
- negativně vnímali reakce okolí na klienty,
- spíše negativně vnímají nedostatek finančních prostředků, nárůst administrativy,
- neuváděli nespokojenost s finančním ohodnocením.

Pozn.: Odpovědi mohly být částečně ovlivněny faktem, že výstupy budou publikovány.

Na základě studia dokumentace, vlastního pozorování, rozhovorů s pracovníky i klienty jsem dospěla k názoru, že občanskému sdružení Práh se daří v různé míře naplňovat své cíle a poslání:

1. poskytují klientům podporu v naplňování jejich přání (práce, bydlení, vzdělávání, volnočasové aktivity, sociální kontakty, zlepšování vztahů s rodinou, psychoterapie). Služby se snaží rozšiřovat, zkvalitňovat, limitujícím faktorem jsou prostory a finanční prostředky,

2. odborné sociální poradenství pomáhá prosazovat a hájit práva klientů a jejich rodin,

3. o. s. Práh podporuje samostatné aktivity klientů - možnost aktivního podílení se na programu v denním centru, zapojení do tvorby časopisu Lávka i vedení kroužků. Prostřednictvím vystoupení uživatelů s příběhy v televizi nebo tisku se snaží bojovat i proti stigmatizaci. Problémem však je, že klienti hodně zvažují, zda se se svým příběhem veřejně svěřit ostatním,

4. změna vztahu veřejnosti k lidem s duševním onemocněním je dlouhodobý proces, je logické, že není v silách jedné organizace změnit jeho podobu zvláště v tak krátkém časovém období. V podmínkách Prahy jde spíše o každodenní mravenčí práci v kontaktu s úřady, zaměstnavateli, zastupitelstvy, ale i s rodinami klientů. K tomu samozřejmě patří osvětová činnost směřující k větší informovanosti laické veřejnosti, destigmatizační akce (Dny duševního zdraví v měsíci říjnu a Měsíc bláznovství v měsíci dubnu) apod.

Na závěr bych zmínila některé problémy, které souvisí s fungováním o. s. Práh, ale i s readaptací psychotiků obecně:

1. omezené finanční zdroje (v sociálních službách obecně),
2. s tím souvisí i omezená kapacita některých služeb, dlouhé čekací doby,
3. absence konkurence (v oblasti Brna a okolí neexistuje organizace, která by podobné služby v takovém rozsahu poskytovala, ještě horší situaci mají potencionální klienti mimo velká centra),
4. nedostatečná provázanost s tradičními ambulantními a lůžkovými službami (dáno jednak vytížením zdravotnického personálu v těchto zařízeních, ale i odlišnými přístupy k léčbě a rehabilitaci),
5. k propojení léčebné péče a sociální readaptace, uplatňování týmového přístupu k nemocnému, by byly nutné změny v myšlení jak části odborné, tak především ostatní veřejnosti, neboť by to s sebou neslo i určité legislativní změny.

5. VLASTNÍ POHLED NA MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V OBLASTI RESOCIALIZACE PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ

Jak vyplývá z multidisciplinární povahy samotného oboru sociální pedagogiky, je profese sociálního pedagoga spojena s širokým polem praxe, je blízká profesi pedagoga, psychologa, psychoterapeuta, sociálního pracovníka, ale rozhodně jednotlivé profese nenahrazuje.

Jeho činnost spočívá jednak v oblasti integrační (týká se klientů v krizových situacích, psychickém, sociálním nebo psychosociálním ohrožení) a jednak v oblasti rozvoje (tedy zajištění žádoucího rozvoje osobnosti, což v sobě zahrnuje i prevenci). Týká se prakticky celé populace (Kraus in Mühlpachr a kol., 2011).

I když pojem profese sociálního pedagoga není v naší nomenklatuře profesí zaveden, jeho uplatnění je možné v řadě rezortů - školství, mládeže a tělovýchovy, spravedlnosti, sociálních věcí, vnitra a samozřejmě zdravotnictví. Zde je těžiště jejich uplatnění v léčebnách, rehabilitačních ústavech, neziskových organizacích věnujících se této problematice, krizových centrech zvl. protidrogových apod. Problematikou mladistvých ohrožených závislostí na návykových látkách jsem se zabývala ve své bakalářské práci. Nyní jsem se zaměřila na problematiku resocializace lidí s psychickým handicapem - chronicky probíhajícím psychotickým onemocněním, resp. afektivní poruchou.

Z mého pohledu a dosavadních zkušeností by se sociální pedagog mohl uplatnit v zařízeních zabývajících se resocializací psychoticky nemocných na různých úrovních, které se vzájemně prolínají.

První oblastí je oblast managementu a personalistiky. Sociální pedagog s ukončeným magisterským studiem, by měl být vzdělán v oblasti řízení lidských zdrojů, managementu i marketingu. Proto by mohl být v této oblasti osobou, která se podílí na řízení pracovníků organizace, poskytuje různé konzultace, zajišťuje výcvik, výuku případně i supervizi.

S touto činností souvisí i určité metodické vedení. V této funkci sociální pedagog plánuje, rozvíjí, zavádí nové způsoby práce, popřípadě i vytváří nové služby či programy, které se uplatňují v péči o tuto cílovou skupinu.

Dále by se sociální pedagog mohl uplatnit v oblasti přímého kontaktu s klienty, např. v poradenských službách.

Mezi hlavní cíle poradenství obecně patří umožnit klientovi, aby si ujasnil své cíle, dospěl k lepšímu sebepoznání, zjistil, v čem spočívá jeho problém a byly mu poskytnuty dostatečné informace k tomu, aby věděl jak svou situaci řešit (tzn. informace o onemocnění, možnosti pomoci apod.). Cílem práce sociálního pedagoga v této oblasti je tedy především umožnit klientovi zorientovat se ve vlastní situaci. Sociální pedagog by měl být aktivně poučujícím odborníkem se schopností empatie (Bakošová, 2008). Měl by uplatnit schopnost efektivní komunikace a použít v ní takové formy otázek, které přivedou zájemce o poradenství především k pochopení vzniklé situace. Také by neměl v poradenské činnosti dávat hotové návody, ale ukázat více alternativ a jejich důsledky. Ale i v rámci svého onemocnění nemusí být klient vždy vnitřně motivovaný a přijde se poradit dobrovolně. V tomto případě je nutné, aby sociální pedagog klienta pozorně poslouchal, byl taktní, samotného klienta nezraňoval a nechal mu prostor pro vnitřní zpracování svého problému či situace.

Součástí poradenské činnosti je také pomáhat klientům získat kontakt i s jinými zdroji pomoci tzn. dalšími sociálními či zdravotnickými zařízeními. Síť těchto služeb nebývá dobře koordinována a klientům nejsou známa existující zařízení. Sociální pedagog zde může zastat i funkci tzv. zprostředkovatele služeb (informátora), který má o službách dostatečné informace, průběžně je zpracovává a tím sleduje i kvalitu jednotlivých služeb.

V rámci přímého kontaktu s klientem by se sociální pedagog také mohl uplatnit v oblasti socioterapeutických aktivit. Činnost tohoto odborníka by se mohla týkat pomoci při vytváření či udržování sociálních kontaktů a vazeb, se kterými mají nemocní často problémy. Dále také pomoci v sociální adaptaci, jak v oblasti bydlení, tak zaměstnání. V neposlední řadě by také mohl pomoci aktivizovat nemocného prostřednictvím různých socioterapeutických činností a udržovat jeho zájem o společenský život vůbec.

Při řešení jakéhokoliv problému v naší společnosti se také nedá vyhnout administrativnímu postupu. To se týká např. jednání na úřadech, vyřizování věcí v sociální oblasti nebo rodiny. Psychicky nemocný člověk se účastní konzultací u psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka a dalších odborníků. I pro časovou zaneprázdněnost těchto pomáhajících, mohou nastat v některých případech problémy a situace může být řešena i bez odborných vyšetření. Sociální pedagog by mohl být

i tím odborníkem, který by tuto činnost koordinoval, domlouval schůzky, plánoval intervence, prostě celou činnost „menežoval“. Představoval by roli agenta, který by sloužil klientovi k tomu, aby v síti poskytovaných služeb zajistil jejich efektivní sladění.

Další možností působení je oblast volnočasových aktivit. Zde by se mohl sociální pedagog zapojit do činností, které pomáhají nemocným vyplnit smysluplně jejich volný čas. Mohl by se podílet na vzniku a organizaci různých akcí - kulturních, vzdělávacích i sportovních. Mohl by být organizátorem i účastníkem různých kurzů či programů, které napomáhají psychoticky nemocným v zlepšování praktických i sociálních dovedností.

Poslední oblastí, o které bych se chtěla zmínit v souvislosti s uplatněním této profese, je oblast p. r. Zde mám na mysli nejen kontakt s podporovateli, ale i s širokou veřejností. Sociální pedagog by se v této oblasti mohl podílet na osvětě a propagaci předsudkového chování, které vede ke stigmatizaci a mohl by do mediálního světa vnášet pozitivní modely chování.

Z výše uvedeného vyplývá, že možností, kde by se mohl takto orientovaný pedagog uplatnit, je i v této oblasti dost. Jsou tedy důvody, aby byl součástí pracovního týmu, který se podílí v procesu resocializace lidí s handicapem duševního onemocnění. Mohl by tak přispívat k naplnění poslání sociální pedagogiky nejen vůči těmto jedincům, ale vůči celé společnosti.

Závěr

Závažné duševní poruchy přinášejí, jak bylo zmíněno v teoretické části, svým nositelům řadu utrpení, plynoucích jak z choroby samotné, tak z odezvy okolí. Ušetřena není ani nejbližší rodina. Dle WHO však duševní choroby představují v evropském regionu také druhou největší sociální zátěž (po stárnutí populace a potřebě péče o dlouhodobě nemocné). Začínají totiž často v nízkém věku, nezřídka vedou k částečné i plné invaliditě (V ČR se od r. 2000 dostaly z 5. na 3. místo).

Léčba psychicky nemocných doznala během posledních sta let značných změn. Přes rozvoj neurověd, psychofarmakologie, stále existují onemocnění, jejichž příčiny neznáme (pouze předpokládáme multikauzalitu) a nedokážeme je farmaky ani jinými izolovaně aplikovanými metodami zcela vyléčit. Přes humanizaci prostředí a změnu přístupu k duševně nemocným se stále velká část z nich dostává do sociální izolace, nese s sebou stigma duševní choroby či dokonce přežívá ve zdravotnických či sociálních zařízeních, bez schopnosti samostatně fungovat v běžném životě.

Dnes vycházíme z toho, že lidé s těžkým psychiatrickým postižením potřebují integraci psychiatrické léčby a rehabilitace, základem takovéto péče je model bio-psycho - sociální. Ten je ovšem nutno uplatňovat ve všech stádiích onemocnění. A zde je možná jeden ze zásadních problémů, který se bude v následujících letech a desetiletích řešit, tj. fragmentace a nepropojenost různých služeb (ústavní léčba, stacionáře, ambulance, služby psychiatrické rehabilitace neziskových organizací), jejich odlišná filosofie, přístup k uživatelům, ne vždy ideální spolupráce. Rovněž jsou tyto služby dosud málo rozvinuté a omezují se na oblasti především velkých měst, event. nejbližší okruh psychiatrických léčen. V současné době ekonomické recese spíše hrozí jejich omezení, navíc plánovaná redukce lůžek v léčebnách nemusí automaticky znamenat posílení péče komunitní. Navíc si nelze nepovšimnout, že legislativní úpravy, které by umožnily rozvoj služeb poskytujících psychiatrickou rehabilitaci a tím by podpořily práva lidí s dlouhodobými psychiatrickými problémy vybrat si prostředí, ve kterém chtějí žít, pracovat a vzdělávat se, nejsou zrovna společenskou ani politickou prioritou.

Ve své práci jsem se zabývala resocializací psychoticky nemocných teoreticky, v empirické části jsem se snažila co nejpodrobněji popsat strukturu a činnost o. s. Práh, které si v regionu Brna a okolí vydobylo pevnou pozici v poskytování služeb

směřujících k readaptaci vážně duševně nemocných. V rámci deskriptivní případové studie organizace se mi na základě studia dokumentace, vlastního pozorování, rozhovorů s klienty i pracovníky, podařilo lépe pochopit samotné fungování sdružení, poskytování služeb i způsob práce s klienty. Součástí studie je také popis největších přínosů, ale i problémů, které vnímají ve sdružení jak klienti, tak pracovníci. I přes uvedené potíže, jsem dospěla k názoru, že se sdružení ve velké míře daří naplňovat cíle a poslání, která si stanovilo. Moje poznatky a dojmy byly vesměs kladné, přesvědčila jsem se, že lidé působící v pomáhajících povoláních musí být nejen profesionálně zdatní, ale i prosociální a svým způsobem nadšení pro svou práci. Do budoucna bych o. s. Práh přála lepší finanční zázemí a spokojené klienty. Klientům pak určitě i další organizace, které by jim podobné či doplňkové služby poskytly.

Profese sociálního pedagoga by zcela určitě našla uplatnění i zde vzhledem k multidisciplinárnosti oboru na různých pozicích.

Dávná moudrost říká, že kvalita společnosti se pozná podle toho, jak se chová ke svým nejslabším členům. Není jistě pochyb, že vážně psychicky nemocní patří k těm nejvíce zranitelným a ohroženým, zvláště v současné, na výkon orientované době. Cílem resocializačních snah by mělo být nikoliv to, aby tito lidé byli jen pasivními „konzumenty péče a ochrany“, ale aby se vytvořily podmínky, které by umožnily těmto nemocným se maximálně rozvíjet a naplňovat svůj život bez ostrakizace ze strany zdravé populace.

Resumé

Diplomová práce se zabývá problematikou resocializace nemocných se schizofrenními poruchami, resp. nepříznivě probíhajícími poruchami afektivními. Charakterizuje danou skupinu nemocí, její hlavní příznaky, léčbu a sociální dopady. Popisuje vývoj psychiatrické péče o tyto nemocné od azylového typu k péči komunitní. Vysvětluje základní pojmy a principy psychiatrické resocializace, dotýká se problematiky stigmatu duševní choroby.

Empirickou část představuje deskriptivní případová studie organizace - občanského sdružení Práh, které se resocializací klientů s výše uvedenými poruchami věnuje v regionu Brna více jak 10 let. Na základě studia dostupné dokumentace, vlastního pozorování i rozhovorů s pracovníky a klienty jsem se pokusila podat podrobný popis organizace, nejen co se týče fyzických parametrů, ale i vztahů, klimatu a trendů.

Zmínila jsem rovněž možnosti uplatnění sociálního pedagoga v této oblasti.

V závěru jsem se pokusila vymezit některé problémy, které v souvislosti s resocializací duševně nemocných přetrvávají a čekají na řešení.

Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku resocializace nemocných schizofrenií, resp. nepříznivě probíhajících afektivních poruch. Resocializaci chápe jako nedílnou součást léčby směřující k minimalizaci sociálních dopadů a zvýšení kvality života nemocných.

V empirické části se zabývá působením o. s. Práh, které je největším poskytovatelem těchto služeb v regionu Brna a okolí.

Klíčová slova

psychózy, historie péče o duševně nemocné, komunitní služby, resocializace, psychiatrická rehabilitace, případová studie organizace

Annotation

The thesis aims at issues concerning the resocialization of patients affected by schizophrenia or by affective disorders with an unfavourable progression. Resocialization is understood to be an integral component of the overall treatment, having for its purpose the minimization of unfavourable social impacts and aiming at the improvement of the quality of life of patients.

In its empirical chapter, the thesis deals with the activities of the civic association „Prah“, a major provider of such services in the city of Brno and the adjacent region.

Keywords

psychoses, history of care of the mentally ill, community services, resocialization, psychiatric rehabilitation, organization case study

Seznam použité literatury

1. BAKOŠOVÁ Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 3. vyd. Bratislava: Public promotion, 2008, 194 -195 s. ISBN 978-80-969944-0-3.
2. BAUDIŠ P., LIBIGER J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 22-40 s. ISBN 80-7262-104-1.
3. BYRNE P., ELGIE R., LAMBERT M. A KOL. *Objevte cestu jak jít dál*. 1. české vyd., přeložil R. Rokyta, Praha: TIGIS, 2004. 1, 70 s. ISBN 80-903750-2-2.
4. COHEN R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. české vyd., přeložila S. Struková, Praha: Portál, 2002, 157-160 s. ISBN 80-7178-497-4.
5. ČEŠKOVÁ E. *Schizofrenie a její léčba*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2007, 35-43 s. ISBN 978-80-7345-114-1.
6. DUŠEK K., VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 140 s. ISBN 80-247-0197-9.
7. GALKO M., JANÍK R. *Adresář organizací působících v sociální oblasti ve městě Brně*. 4. vyd. Brno: Magistrát města Brna, 2009, 100- 102 s.
8. GAVORA P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido - Edice pedagogické literatury, 2000, 141-161 s. ISBN 80-85931-79-6.
9. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. oprav. vyd. Praha: Portál, 2004, 253, 424 - 425 s. ISBN 80-7178-303-X.
10. HERMAN E., PRAŠKO J., SEIFERTOVÁ D. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ a Galén, 2007, 74-78 s. ISBN 978-80-903708-9-0 (Medical Tribune) 978-80-7262-498-9 (Galén).
11. HERMAN, E., PRAŠKO, J., DOUBEK, P., HOVORKA J. *Bipolární porucha a její léčba*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2004, 9-11, 74-7 s. ISBN 80-7345-051-8.
12. HÖSCHL C., LIBIGER J., ŠVESTKA J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002, 350-352, 354, 364, 382-385, 390-395, 404-407, 432- 433, 436-440, 623-629 s. ISBN80-900130-1-5.
13. HRONCOVÁ J., KRAUS B. A KOL. *Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov*. 1. vyd. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2006, 240-245 s. ISBN 80-8083-223-4.
14. HUSÁKOVÁ M. *Sociálna práca*. 1. vyd. Bratislava: EKONÓM, 2008, 24-25 s. ISBN 978-80-225-2536-7.

15. JANDOUREK J. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 204 s. ISBN 978-80-7367-269-0.
16. KALINA K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 13-16 s. ISBN 80-7178-563-6.
17. KOLIBÁŠ E. A KOL. *Všeobecná psychiatria*. 2. vyd. Univerzita Komenského Bratislava vo Vydavateľstve UK, 2007, 143-148 s. ISBN 978-80-223-2388-8.
18. LIBERMAN, R. P. – DeRISI, W. J. - MUESER K. T. *Nácvik sociálnych dovedností u psychiatrických pacientů*. Vydáno samizdatem, 1992, přeložil M.Šlepecký, K. Piačková, P. Možný.
19. MALÁ E., PAVLOVSKÝ P. *Psychiatrie - učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 9-10, 58-66, 111 s. ISBN 80-7178-700-0.
20. MARKOVÁ E., VENGLÁŘOVÁ M., BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 161-169 s. ISBN 80-247-1151-6.
21. MOTLOVÁ L., KOUKOLÍK F. 2. vyd. *Schizofrenie*. Praha: Galén, 2005, 390-402 s. ISBN 80-7262-277-3.
22. MŮHLPACHR, P. *Sociální práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 54-55 s. ISBN 80-210-3323-1.
23. MŮHLPACHR, P. A KOL. *Sociální pedagogika II*. 1. vyd. Brno: IMS, 2011, 238-243 s.
24. NNO V JIHOMORAVSKÉM KRAJI *Asociace nestátních neziskových organizací Jihomoravského kraje - Společně dáváme smysl*. 1. vyd. Anno JMK: 2010, 32- 33 s. ISBN 978-80-254-7867-7.
25. PEČEŇÁK J. *Kapitoly o schizofrénii*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005, 172-178 s. ISBN 80-8063-201-4.
26. PĚČ O., PROBSTOVÁ V. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, 94, 96, 97, 99, 103, 208-235 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
27. PRAŠKO J. a KOL. *Léčíme se s psychózou*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005, 8 s. ISBN 80-239-5482-2.
28. PRAŠKO J. a kol. *Psychiatrie pro střední a zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium 2003, 12-15 s. ISBN 80-7333-002-4.

29. PRAŠKO J. A KOL. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, LF, 2010, 79-90 s. ISBN 978-80-244-2365-4.
30. RABOCH J., PAVLOVSKÝ P. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 79-94 s. ISBN 80-7254-423-3.
31. RABOCH, J., DOUBEK P., ZRZAVECKÁ I. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 178, 265-266 s. ISBN 80-7262-162-9.
32. RABOCH, J., ZRZAVECKÁ I., DOUBEK P. *Nemocná duše- nemocný mozek*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 16-19 s. ISBN 80-7262-420-2.
33. RABOCH J., ZVOLSKÝ P. A KOL. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén a UK Praha, 2001, 227-232 s. ISBN 80-7262-140-8 (Galén), 80-248-0390-X (Karolinum).
34. SEIFERTO VÁ A KOL. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. 1. vyd. Praha: JANSSEN - CILAG, 1998, 27,28,49 s.
35. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1996, 148-149, 162-167 s. ISBN 80-85800-33-0.
36. STYX, P. *O psychiatrii - Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2003, 104 – 105 s. ISBN 80-86880-74-7.
37. SVOBODA M, ČEŠKOVÁ E., KUČEROVÁ H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál 2006, 14-21, 181-213 s. ISBN 80-7367- 154 -9.
38. TŮMA J. *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Praha: PCP, 1999, 48 s. ISBN 80-85121-55-7.
39. VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004, 333- 369 s. ISBN 80-7178-802-3.
40. VAŠINA L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. 1. vyd. Brno: IMS, 2008, 211- 236 s. ISBN: 978-80-87182-00-0.
41. VOKURKA M., HUGO J. *Praktický slovník medicíny*. 9. akt. vyd. Praha: Maxdorf, 2008,103, 229, 364,365, 394, 401, 493 s. ISBN 978-80-7345-159-2.
42. ZVOLSKÝ P. A KOL. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum 2006, 5-16 s. ISBN 80-7184-494-2.
43. ZVOLSKÝ A KOL. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha:Univerzita Karlova 1996, 5- 8, 68-69 s. ISBN 80- 7184-203-6.

Časopisy a články:

44. ANTHONY W., COHEN M., FARKAS M., CAGNE C. (2002) *Psychiatric Rehabilitation*. Second Edition. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, 111 s.
45. BOUČEK J. (2000) *Vývoj psychiatrické péče – od stacionární ke komunitní, 1. část*. Psychiatrie pro praxi, Praha: Solen s.r.o., č. 2, 51, 52 s. ISSN 123-0508.
46. BOUČEK J. (2002) *Vývoj psychiatrické péče – od stacionární ke komunitní, 2. část*. Psychiatrie pro praxi, Praha: Solen s.r.o., č. 2, 77, 78 s. ISSN 1213- 0508.
47. BOUČEK J. (2004), *Rehabilitace v psychiatrii*, Psychiatrie pro praxi, 2004, č. 5, 250-252 s. ISSN 1213-050.
48. BOUČEK J., PEŠKA I., BOUCHAL M., PILAŘ L., TIRAYOVÁ L. (1996) *Vývoj psychiatrické pomoci telefonem a krizových center v ČR*. Lékařské zprávy UK Hradec Králové, 1996, č. 41 (Supplement) 27-28 s.
50. GABRIEL J. (2010a) *Komunitní péče od Chebu ke Zlínu*. Zdravotnické noviny, týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii, č. 59(6), 5-6 s.
51. GABRIEL J. (2010b) *Brněnské sdružení Práh vloni slavilo*. Esprit: časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné, č. 14 (1-2), 16-17s.
52. PĚČ O. (2009), *Co nás může spojovat v komunitní péči*, Česká a Slovenská psychiatrie, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, č. 6-8, 243 s. ISSN 1212-0383.
53. RABOCH J. (2009) *Destigmatizace a zlepšování psychiatrické péče*. Česká a slovenská psychiatrie, Praha: Česká lékařská společnost J. E. PURKYNĚ, č. 5, 224-225 s. ISSN 1212-0383.
54. STROUL B. (1993) *Rehabilitation in Comunity Support System in Flexer R.W., Solomon P.L. Psychiatric Rehabilitation in Practice*. Boston: Andover Medical Publishers, 45-62 s.
55. VACHKOVÁ L. (2008) *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné*. Psychiatrie pro praxi, č. 3, 136- 140 s. ISSN 1213-0508.
56. YOUNGHUSBAND E. (1959) *Report of the Working Party on Social Workers in the Welfare Services*. London: HMSO.

Internetové zdroje:

61. Web: <http://healthcaretips.psypil.com>, staženo dne 17. 9. 2011
60. Web: http://www.sos-ub.cz/proj_06/lekce4/hyp9.htm, staženo dne 17. 9. 2011
57. Web: <http://www.biofeedbackbrno.cz/mozek/dusevni-poruchy/>, staženo dne 20. 9. 2011
58. Web: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>, staženo dne 20. 9. 2011
59. Web.: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>, staženo dne 3. 10. 2011
62. Web: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz>, staženo dne 18. 11. 2011
63. Web: http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_04.pdf., staženo dne 12. 1. 2012
65. Web: <http://www.cmhcd.cz/matra.html>, staženo dne 13. 1. 2012
64. Web: <http://www.mpsv.cz/cs/5591>, staženo dne 15. 1. 2012
65. Web: <http://www.lf.upol.cz/menu/struktura-lf/kliniky/klinika-psychiatrie/>, staženo dne 16. 1. 2012
66. Web: <http://www.risy.cz/cs/krajske-ris/olomoucky-kraj/regionalni-informace/nno/>, staženo dne 18. 1. 2012
67. Web: http://www.kpostrava.cz/file_upload/22.pdf, staženo dne 19. 1. 2012
68. Web: <http://www.ddz.cz/index.html>, staženo dne 20. 1. 2012
69. Web: <http://www.charitaopava.cz/?page=texty&id=15&Igen=12>, staženo dne
70. Web: <http://www.zahrada2000.cz/>, staženo dne 20. 1. 2012
71. Web: http://www.olomouc.charita.cz/files/clanky/390/CHO_VZ_2010.pdf, staženo dne 21. 1. 2012
72. Web: <http://www.vidacentrum.cz/>, staženo dne 21. 1. 2012
73. Web: <http://www.os-kolumbus.org/>, staženo dne 21. 1. 2012
74. Web: <http://www.cafeprah.cz/>, staženo dne 23. 2. 2012
75. Web: <http://www.prah-brno.cz/>, staženo dne 24. 2. 1012
76. Web: <http://maps.google.cz>, staženo dne 1. 3. 2012

Příloha č. 1

Klasifikace schizofrenních onemocnění a afektivních poruch

F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy a F30 – F39

Afektivní poruchy (poruchy nálady):

F20- F29 SCHIZOFRENIE, PORUCHY SCHIZOTYPÁLNÍ A PORUCHY S BLUDY

F20 Schizofrenie

- F20.0 Paranoidní schizofrenie
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 Postschizofrenní deprese
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Schizofrenia simplex
- F20.8 Jiná schizofrenie
- F20.9 Schizofrenie, NS

F 21 Schizotypální porucha

F22 Poruchy s trvalými bludy

- F22.0 Porucha s bludy
- F22.8 Ostatní poruchy s přetrvávajícími bludy
- F22.9 Perzistující porucha s bludy

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

- F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů
- F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie
- F23.2 Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii
- F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy
- F23.8 Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy
- F23.9 Akutní a přechodné nespecifikované psychotické poruchy

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ

F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ

F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ

F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy

F25.9 Schizoafektivní porucha nespecifikovaná

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

F29 Neurčené neorganické psychózy

F30 – F39 AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY)

F30 Manická fáze

F30.0 Hypománie

F30.1 Mánie bez psychotických symptomů

F30.2 Mánie s psychotickými symptomy

F30.8 Jiné manické fáze

F30.9 Manická fáze, NS

F31 Bipolární afektivní porucha

F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická

F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů

F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy

F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese

F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů

F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy

F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená

F31.7 Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi

F31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy

F31.9 Bipolární afektivní porucha, NS

F32 Depresivní fáze

F32.0 Lehká depresivní fáze

F32.1 Středně těžká depresivní fáze

F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

F32.8 Jiné depresivní fáze

F32.9 Depresivní fáze, NS

F33 Periodická depresivní porucha

F33.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze lehká

F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze středně těžká

F33.2 Periodická depresivní porucha, současná fáze

F33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze těžká s psychotickými příznaky

F33.4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi

F33.8 Jiné periodické depresivní poruchy

F33.9 Periodická depresivní porucha, NS

F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)

F34.0 Cyklothymie

F34.1 Dysthymie

F34.8 Jiné perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)

F34.9 Perzistentní afektivní porucha (porucha nálady), NS

F38 Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)

F38.0 Jiné jednotlivé afektivní poruchy (poruchy nálady)

F38.1 Jiné periodické afektivní poruchy (poruchy nálady)

F38.2 Jiné určené afektivní poruchy (poruchy nálady)

F39 Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)

(<http://www.psychiatriepropraxi.cz/>).

Příloha č. 2

Fotografie sídla o. s. Práh na ulici Tuřanská



Příloha č. 3

Fotografie Café Práh



Příloha č. 4

Schéma okruhů otázek pro polostrukturované rozhovory s klienty

1. pohlaví, věk,
2. doba léčení s psychickými potížemi, hospitalizace a jejich počet,
3. doporučení, zdroj informací o existenci a činnosti o. s. Práh, délka poskytování služby,
4. jaké služby klienti využívají/ li,
5. největší profit služeb sdružení, čeho si klienti nejvíce váží, co oceňují,
6. nedostatky, problémy se kterými se setkávají, co klientům vadí, co se jim nelíbí nebo co by přivítali,
7. doporučili by klienti sami sdružení, důvod.

Schéma okruhů otázek pro polostrukturované rozhovory s pracovníky

1. délka jejich působení ve sdružení, případně zkušenost práce v pomáhajících profesích,
2. největší problémy při práci,
 - a) ze strany klientů,
 - b) z pohledu jiných omezení (finančních, organizačních, provozních apod.),
3. největší přínos,
4. změna situace ve sdružení po dobu působení pracovníka, změna profilu klientů, aktuální trendy apod.,
5. co by pracovníkům v práci nejvíce pomohlo,
6. negativní reakce ze strany laické veřejnosti (jejich názor na pohled veřejnosti, stigmatizace apod.),
7. vlastní uspokojení z práce.