

# Rehabilitace schizofrenie, schizofrenních poruch a poruch s bludy

Michaela Matoušová

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela MATOUŠOVÁ**

Osobní číslo: **H07219**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Rehabilitace schizofrenie, schizofrenních poruch  
a poruch s bludy**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychiatrie**

**Výzkum**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

MALÁ,E.;PAVLOVSKÝ,P.Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

PĚČ,O.;PROBSTOVÁ,V. Psychózy. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J. a kol. Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

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

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Petr Taraba

Datum zadání bakalářské práce: 25. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 6. května 2011

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

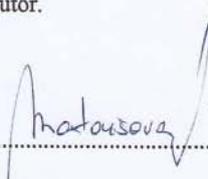
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 28.4.2011

  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku duševně nemocných. Teoretická část zahrnuje popisy jednotlivých onemocnění, projevy, příznaky.

Druhá kapitola se věnuje rehabilitaci duševně nemocných, psychoterapii a technikám, oblastem práce, bydlení a volného času. Praktická část je zpracována formou případových studií a slouží k zjišťování efektivity rehabilitace na jednotlivých příkladech.

Klíčová slova: psychóza, schizofrenie, rehabilitace, psychoterapie, resocializace, halucinace, bludy

## **ABSTRACT**

The thesis is focused on problems of the mentally ill. The theoretical part involves, is a description of the disease, symptoms, signs and symptoms.

The second chapter is devoted to the rehabilitation of the mentally ill, and psychotherapy techniques, TEM-work areas, housing and leisure. The practical part is worked through case studies and serves to identify the effectiveness of rehabilitation in individual instances.

Key words: psychosis, schizophrenia, rehabilitation, psychotherapy, rehabilitation, hallucinations, delusions

Děkuji za ochotné vedení mé bakalářské práce Prim. MUDr. Petru Tarabovi.

Dále děkuji personálu Primariátu H z PL Opava za spoustu cenných informací a postřehů ohledně přístupu k duševně nemocným.

A samozřejmě děkuji o.s. Ester za umožnění získání praktických zkušeností a informací.

Motto: *„Vzdělání je schopnost porozumět druhým.“*

(Johann Wolfgang von Goethe)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 PSYCHÓZY</b> .....	<b>12</b>
1.1 SCHIZOFRENIE .....	12
1.1.1 Historické pojetí schizofrenie.....	12
1.1.2 Vznik onemocnění .....	13
1.1.3 Příznaky onemocnění .....	13
1.1.4 Průběh onemocnění .....	14
1.1.5 Klasifikace schizofrenie .....	15
1.2 SCHIZOTYPNÍ PORUCHA .....	16
1.3 TRVALÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S BLUDY .....	16
1.4 AKUTNÍ A PŘECHODNÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY .....	16
1.5 INDUKOVANÁ PORUCHA S BLUDY .....	16
1.6 SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHY .....	16
1.7 LÉČBA A RESOCIALIZACE.....	17
<b>2 REHABILITACE</b> .....	<b>18</b>
2.1 PSYCHOTERAPIE .....	19
2.1.1 Skupinová psychoterapie.....	20
2.1.2 Individuální psychoterapie .....	21
2.1.3 Kognitivně - behaviorální terapie (KBT) .....	22
2.1.4 Arteterapie .....	22
2.1.5 Dramaterapie .....	22
2.1.6 Psychogymnastika .....	23
2.1.7 Videodekuce.....	23
2.2 VÝVOJ PSYCHIATRICKÉ REHABILITACE.....	23
2.3 PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE DLE BOSTONSKÉ ŠKOLY .....	24
2.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE PODLE NIZOZEMSKÉ ŠKOLY STORM .....	25
2.5 TERAPEUTICKÝ VZTAH .....	26
2.6 ROLE PRACOVNÍKŮ V REHABILITAČNÍM PROCESU.....	27
2.7 RODINNÁ TERAPIE .....	28
2.8 PRACOVNÍ REHABILITACE.....	29
2.9 REHABILITACE - OBLAST BYDLENÍ.....	29
2.10 REHABILITACE - OBLAST VOLNÉHO ČASU .....	30
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
<b>3 VÝZKUM</b> .....	<b>33</b>

3.1	CÍL VÝZKUMU .....	33
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	33
3.3	METODY VÝZKUMU.....	33
3.4	PRŮBĚH VÝZKUMU .....	34
3.5	VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	35
3.5.1	Kazuistika č. 1 .....	35
3.5.2	Kazuistika č. 2.....	40
3.5.3	Kazuistika č. 3.....	42
3.5.4	Kazuistika č. 4.....	45
3.5.5	Kazuistika č. 5.....	47
3.6	ZÁVĚR VÝZKUMU .....	50
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>54</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>55</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>56</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>57</b>

## ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je seznámení se s problematikou duševně nemocných a jejich rehabilitací. Konkrétně se v práci věnuji schizofrenii, schizofrenním onemocněním a poruchám s bludy.

Teoretickou část bakalářské práce uvádím záměrně definicemi onemocnění z okruhu MKN F20-F29 (viz příloha PI). Dle mého názoru, je tento popis průběhů, příznaků, prognóz a v neposlední řadě příčin onemocnění důležitý. Myslím si, že je nutné dané onemocnění nejprve teoreticky poznat a poté rehabilitovat. Větší část první kapitoly je věnována schizofrenii, jako jednoho z nejzávažnějších typů onemocnění této skupiny.

Obsah předcházející kapitoly tak otevírá prostor pro kapitolu druhou, která nese název rehabilitace. Uvádím zde vývoj rehabilitace a tři domény rehabilitace, kterými jsou práce, bydlení a volný čas.

Ve druhé kapitole se také zmiňuji o rehabilitačních a terapeutických technikách a metodách psychoterapie, které tvoří nedílnou součást rehabilitačního systému. Poznatky pro okruh psychoterapie jsem čerpala z odborných publikací, ze své odborné stáže a z odkazu paní MUDr. Strossové, jako spoluzakladatelky tzv. opavského systému, systematické psychoterapie psychóz.

V následné praktické části nahlížím do problematiky duševně nemocných, do konkrétních životních příběhů a pomocí vypracovaných kazuistik zjišťuji efektivitu rehabilitačních programů a technik.

Podklady pro vypracování případových studií jsem čerpala ze své vlastní zaměstnanecké praxe. Na svém pracovišti jsem tak měla možnost používat metodu pozorování, metodu rozhovoru a analýzu osobní dokumentace.

Práce je záměrně kompletována tak, aby bylo zřejmé prolínání se psychiatrické rehabilitace s používáním psychoterapeutických metod a rehabilitace ve střediscích následné péče.

Lidé s duševním onemocněním, nazývám buď, pacienty nebo klienty. V souvislosti se zdravotní péčí jsou nazýváni pacienti, klienti v souvislosti se sociální službou, tedy středisky následné péče.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PSYCHÓZY

Obecně se dá říci, že psychóza je duševní porucha, onemocnění, které má za následek změnu stavu jedince vůči svému okolí a vůči sobě samému. Nemocný tak nedokáže rozlišit, co je skutečné a co skutečné není (Praško a kol., 2001).

Vznik psychotických stavů je různý, buď se jedná o psychózu toxickou, traumatickou, organickou nebo endogenní (Pěč, Probstová, 2009).

### 1.1 Schizofrenie

Schizofrenie a další onemocnění, které se řadí do MKN F20-F29 (viz příloha PI), řadíme samozřejmě k psychózám.

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“ (Vágnerová, 2004, s. 333).

„Tato nemoc ničí intelektový, osobnostní emoční i sociální život jedince“ (Pavlovský, Malá, 2002, s. 58).

Pojmenování schizofrenie vychází z řeckého „schizo“, což znamená štěpit se a „phren“, tedy myšlení, rozum. Sám Bleuler, zakladatel pojmu schizofrenie, tím chtěl popsat rozštěpení mezi emocemi, chováním a myšlením. Mylně často bývá označení rozštěpení osobnosti (Praško a kol., 2001).

Ve své bakalářské práci budu tedy používat buď výraz psychoza, což je pojmenování obecné a lze tedy danou charakteristiku aplikovat i pro mnou vybranou skupinu psychóz nebo přímo konkrétní pojmenování. Za důležité považuji sdělit, že převážně se budu věnovat popisu schizofrenie, jako nejzávažnějšímu onemocnění z celé skupiny MKN F20-F29.

#### 1.1.1 Historické pojetí schizofrenie

Existuje záznam starý přes tři tisíce let, tzv. Fragment z Ajurvédy, který obsahuje popisy stavů, které měl údajně způsobovat d'ábel. Daleko později v 1. st.n.l. Aretaios z Kappadokie, popsal typy lidí, pro které byla typická zahloubanost, nechápavost nebo zhlouplost. Mimo jiné Aretaios popsal syndrom, který je dnes znám pod pojmem paranoidní, popsal také pacienty s postupným úpadkem osobnosti (Smolík, 2002).

Mezi další významné osobnosti v oblasti objevování schizofrenie patřil Emil Kraepelin a pojem „Dementia praecox“, který převzal od B.A.Morela. Nesmím opomenout také Kurta Schneidera, který např. popsal tři typy schizofrenie. Termín schizofrenie pochází už z roku 1911 a poprvé jej užil Eugen Bleuler (Smolík, 2002).

### 1.1.2 Vznik onemocnění

V současné době je známo, že vznik onemocnění není zapříčiněn jedním faktorem. Vlivy můžeme rozdělit na psychosociální a biologické a vznik nemoci má za následek společné působení těchto faktorů. Mezi psychosociální vlivy řadíme působení vnějšího prostředí, ve kterém jedinec žije, události, které se mu během života přihodily apod. K biologickým faktorům řadíme hlavně dědičnost. Dědí se pouze dispozice, tedy předpoklad, vloha k tomuto onemocnění, ne nemoc jako taková. Ze studií, které se zabývali problematikou dědičnosti onemocnění schizofrenií vyplývá, že pokud onemocní jeden z rodičů, je pravděpodobné, z 10%, že dítě onemocní. V případě, že trpí touto nemocí oba rodiče, je pravděpodobnost, že onemocní jejich dítě asi 40 % (Praško a kol., 2001).

„Nejrozšířenější současný pohled předpokládá, že k propuknutí psychózy dochází tehdy, když jsou lidé, kteří mají vrozenou vlohu k psychotickému onemocnění, vystaveni nadměrné zátěži z okolního prostředí“ (Praško a kol., 2001, s. 19).

### 1.1.3 Příznaky onemocnění

Schizofrenie se velmi málo projevuje náhle a nečekaně. Většinou samotnému vzniku předchází delší období, někdy v řádů měsíců až několika let. Lidé se během této doby např. uzavírají do sebe, mění nebo dokonce ztrácí dosavadní sociální kontakty. Začátek tohoto onemocnění je obvykle během dospívání. Lidé v tomto období obvykle mívají zvláštní pocity, dění kolem nich, jako by se jich přímo dotýkalo. Dostavují se pocity úzkosti, nespavost, vnitřní neklid (Praško a kol., 2001).

Příznaky schizofrenie dělíme na pozitivní a negativní.

#### **Pozitivní symptomy**

Mezi tzv. pozitivní příznaky onemocnění řadíme halucinace, bludy a paranoidní myšlenky. Nejčastěji se objevují halucinace sluchové, jde tedy o zvuky, které může dotyčný slyšet jako je např. tikání hodin nebo jde o složitější falešný sluchový vjem, tzv. hlasy.

Hlasy mohou být různé, buď chválí, nebo naopak kritizují, ba dokonce něco přikazují (Elgie, přel. Rokyta, 2004).

Nemocní ve většině případů se svými sluchovými halucinacemi, tedy hlasy komunikují. Velmi často se objevuje, odnímání či vkládání myšlenek nemocnému někým jiným. Tento příznak se řadí k halucinacím intrapsychickým. Samozřejmý je i výskyt halucinací jiných smyslů, např. zrakové, čichové nebo tělesné (Praško a kol., 2001).

Další důležitou skupinou náležící k pozitivním příznakům jsou bludy. Blud je silné přesvědčení, falešná představa něčeho, co nemůže být pravdivé. Nemocný těmto představám bezmezně věří a nelze jim ji vymluvit. Obsahem bludů bývá velmi často přesvědčení nemocného o nadpřirozených, výjimečných schopnostech nebo pocity pronásledování, v některých případech se objevuje spojení s paranoidními myšlenkami (Praško a kol., 2001).

Do skupiny pozitivních příznaků patří i dezorganizace řeči, neschopnost dokončit větu, objevují se různé nesouvislosti a zárazy (Pavlovský, Malá, 2002).

### **Negativní symptomy**

U nemocného se projevuje sociální izolace, nemá zájem komunikovat s okolím. Nedostatečná koncentrace, oslabení až ztráta vůle. Pro tyto pacienty je velký problém samostatně plánovat nebo se rozhodovat. Důležitým projevem nemocného je také oploštění od emocí (Praško a kol., 2001).

#### **1.1.4 Průběh onemocnění**

Průběh onemocnění schizofrenií se individuálně liší. Obvykle se udávají fáze onemocnění. Prodromální fáze je pojmenování pro období před vypuknutím choroby. Člověk sám na sobě může zpozorovat určité změny, jedná se o uzavřenost, pasivitu, zanedbávání svého zevnějšku, nechutenství, bolesti hlavy, nespavost apod. Tyto příznaky také nazýváme varovnými. Pokud se postupně tyto projevy stupňují, dochází k období psychotických příznaků, které nazýváme atakou, psychotickou krizí. Schizofrenie mívá často epizodický průběh, projevuje se v atakách nebo v tzv. relapsech, tj. znovuzplanutí choroby. Epizody způsobuje ve většině případů stres. Cílem je předcházení relapsům, aby nedocházelo k chronicitě nemoci (Praško a kol., 2001).

### 1.1.5 Klasifikace schizofrenie

Výše uvedené onemocnění dělíme do 4 základních skupin. V praxi se většinou setkáme s tím, že se symptomy různých typů schizofrenie mohou překrývat.

Paranoidní schizofrenie – Typické pro tento druh schizofrenie je nesystematický blud s paranoidním obsahem a halucinace, nejčastěji sluchové. Zajímavé je, že tento druh onemocnění se může objevit až kolem čtyřicátého roku. Nemocní jsou nedůvěřiví vůči svému okolí, mohou být vztahovační, podezíraví. Blud může být vztahován jak na osoby v blízkém okolí, tak i k nadpřirozeným bytostem. U pacientů se objevuje porucha vůle, jsou emočně otupělí, nedokážou sami sebe zaktivizovat (Vágnerová, 2004).

Hebefrenní schizofrenie – Charakteristickým rysem jsou emotivní změny, nepředvídatelné chování. Tato forma onemocnění se objevuje v adolescenci a rané dospělosti (Smolík, 2002).

Prognóza u hebefrenní schizofrenie bývá špatná, neboť zasáhne osobnost v době, kdy by se měla utvářet identita jedince. Důležitým prvkem je také porucha myšlení, častý je sklon k úvahám náboženským, filozofickým apod. Z pozitivních příznaků zde převládají zrakové halucinace. Typické pro tento druh onemocnění je klackovité chování, hrubost až vulgárnost, mimické projevy, smích nepřiměřený dané situaci (Vágnerová, 2004).

Katatonní schizofrenie – Mezi klasické projevy tohoto druhu schizofrenie patří psychomotorické příznaky, jako jsou hyperkineze a stupor. Mohou se objevovat strnulé postoje a pózování (Smolík, 2002).

Mezi takzvané produktivní formy patří echolálie a echopraxie, jedná se o stále se opakující slova, věty nebo pohyby. Důležitým příznakem je negativismus a také se mohou objevovat sluchové halucinace. Katatonní schizofrenie je v současné době vzácná (Vágnerová, 2004).

Simplexní schizofrenie – Při této poruše dochází k plíživému, postupujícímu rozvoji sociálně nepřizpůsobivého až podivínského chování (Smolík, 2002).

Pro pacienty je typickým rysem apatie, uzavírání se do sebe, prvky autismu. Pacienti nejsou schopni plnit běžné požadavky, přestávají o sebe dbát. Dochází k poruše myšlení, která může postupovat až na úroveň demence (Vágnerová, 2004).

V lékařské praxi se setkáme i s jinými druhy schizofrenie (viz příloha PI).

## 1.2 Schizotypní porucha

Pro tento typ poruchy jsou charakteristickým rysem anomálie, excentrické chování. Příznaky mohou připomínat schizofrenii (Smolík, 2002).

Myšlení u pacientů bývá magické, podezřivé (Malá, Pavlovský, 2002).

## 1.3 Trvalé duševní poruchy s bludy

Jedná se o druh psychózy, kde typickým příznakem jsou bludy, dlouhodobého charakteru. Jedná se o kategorii onemocnění, kde není známa příčina. Začátek nemoci bývá obvykle ve středním věku. Prognóza zde bývá špatná, za úspěch je pokládán stav, kdy se nemocní mohou zapojit do společenského života bez potřeby mluvit a diskutovat o svých abnormálních myšlenkách. Příklady nejčastějších bludů jsou např. bludy velikášské, hypochondrické, perzekuční (Smolík, 2002).

## 1.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy

Pro tyto psychózy je typická časová proměnlivost v řádu dnů nebo hodin. Porucha je spojována s akutní reakcí organismu na stres a má krátkodobý charakter. Výskyt tohoto onemocnění je v adolescenci či v rané dospělosti. Prognóza u tohoto typu bývá obvykle dobrá (Smolík, 2002).

## 1.5 Indukovaná porucha s bludy

Jedná se o druh onemocnění, kde jsou bludy přenášeny na druhou osobu nebo osoby. Důležitá je léčba především osoby, která trpí psychotickou poruchou a odloučení této osoby od ostatních osob (Smolík, 2002).

## 1.6 Schizoafektivní poruchy

„Jde o poruchy, kde během ataky onemocnění (spíše zároveň) jsou vyjádřeny jak schizofrenní, tak afektivní příznaky. Jejich příbuznost s typickými schizofrenními a afektivními poruchami je nejistá“ (Malá, Pavlovský, 2002, s.63).

Na vzniku tohoto onemocnění se podílejí faktory genetické i exogenní. Příznaky poruchy jsou afektivního typu, kdy se projevuje manický syndrom nebo syndrom depresivní, také může být smíšený. Další z příznaků jsou z okruhu schizofrenie, jako např. halucinace, poruchy vědomí, poruchy pozornosti, myšlení apod. Prognóza tohoto typu poruchy bývá příznivá (Vágnerová, 2004).

## 1.7 Léčba a resocializace

Konkrétně schizofrenie je léčitelné onemocnění. Základním pilířem léčby všech psychóz včetně schizofrenie je léčba psychofarmaky. Důležitým aspektem je užívání léků, které snižují úzkost, zmírňují akutní a pozitivní příznaky choroby. Další možností je užití elektrokonvulzní terapie, tzv. elektrošoků. V případě schizofrenie se této terapii využívá ojediněle, zejména u katatonních nebo depresivních příznaků (Smolík, 2002).

Resocializace znamená návrat ke společensky přijatelnému chování a týká se lidí, kteří se od něj odchýlili. Důležitou součástí resocializačních programů je dostatečná motivace klientů k akceptování změny, jako přitažlivé životní alternativy (Matoušek, 2003).

Nedílnou součástí léčby je psychoterapie, socioterapie a následná rehabilitace. Podrobněji se této problematice věnuje následující kapitola.

## 2 REHABILITACE

Pojem rehabilitace pochází z latinského „habilitas“ a znamená schopnost, a předpony „re“, což nám sděluje navrácení schopnosti (Pěč, Probstová, 2009).

Jiný zdroj uvádí následující. „Komplexní postupy odstraňující nebo zmírňující následky postižení. Cílem rehabilitace je dosáhnout stavu, kdy postižený člověk může plně rozvíjet všechny své schopnosti a přiměřeně se společensky uplatnit“ (Matoušek, 2003, s.181).

Dle Jaap van Weeghela: „rehabilitace zahrnuje širokou sbírku ideálů a praxí, které jsou zaměřeny na podporu funkčního zotavování a sociální emancipace lidí s psychickými omezeními. Důležité oblasti rehabilitace jsou bydlení, práce, učení a sociální kontakty“ (Pěč, Probstová, 2009, s.21).

V praxi se setkáváme také s pojmem psychiatrická rehabilitace a to z důvodu jasného vymezení cílové skupiny, pro kterou je rehabilitace určena, tedy pro duševně nemocné.

„Rehabilitace napomáhá člověku s psychiatrickým onemocněním v jeho procesu uzdravy (recovery). Pojem „recovery“ je někdy překládán do češtiny jako zotavení.“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 103).

Dle Anthony patří k principům psychiatrické rehabilitace např. primární zaměření rehabilitace na zlepšení schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým postižením, rozvoj klientových dovedností a rozvoj zdrojů podpory v okolí, zlepšení klientova chování v prostředí, které potřebuje aj. (Pěč, Probstová, 2009).

Psychiatrická péče a rehabilitace by měli být vzájemně svázány. Mám na mysli hospitalizaci v psychiatrické léčebně, kdy to daný stav pacienta vyžaduje a poté rehabilitace ve střediscích následné péče. V době hospitalizace je nemocnému v první řadě stanovena farmakologická léčba a poté následný program. Nemocný v našem případě projde rehabilitačním a resocializačním systémem, který nabízí různé druhy a techniky individuální a skupinové psychoterapie.

Pokud je stav pacienta posouzen jako stabilizovaný, navrácí se do domácího prostředí s možností využívání sociálních služeb, které nabízí široké spektrum aktivit a podpory v různých oblastech.

Pacient má možnost sám zvolit druh sociální služby, která vyhovuje jeho požadavkům. Někteří potřebují podporu v oblasti navazování společenských kontaktů, bydlení, práce nebo volného času.

Některé oblasti podpory, tzv. životní domény, budou rozvedeny zvlášť v následujících podkapitolách.

Důležité je zmínit, že rehabilitace je proces, který může trvat pár měsíců, u jedinců střednědobého až chronického průběhu onemocnění, může proces trvat i několik let nebo také celý zbytek života.

Cílem rehabilitace je obnovování schopností, dovedností, návyků nebo alespoň jejich udržení.

## 2.1 Psychoterapie

Psychoterapie je vědní obor, léčebná činnost, také proces sociální interakce. Jedná se o působení psychologickými prostředky, kdy jedním cílem je odstranit nebo zmírnit potíže popřípadě odstranit i příčiny vzniklých potíží. Dalším cílem je resocializace, reorganizace, restrukturační osobnosti pacienta (Kratochvíl, 2006).

V následující části bych chtěla přiblížit psychoterapii, psychoterapeutické metody a techniky, které jsem měla možnost shlédnout v rámci studijní stáže v psychiatrické léčebně v Opavě. Praxi jsem absolvovala na primariátu H, které je určené pro rehabilitaci, resocializaci, psychoterapii pacientů s psychotickou zkušeností.

Tzv. „opavský systém“ funguje už od roku 1962 a s menší obměnou programu probíhá dodnes. Spoluzakladatelkou byla Irena Strossová, která v této léčebně působila také jako primářka. Jedná se o komplex terapeutických technik jako je např. individuální a skupinová psychoterapie, za pomoci přístupů arteterapie, dramaterapie, psychogymnastiky apod. Čas je věnován i pacientům, kteří nejsou již hospitalizováni, a to formou klubů, konaným 1x měsíčně, jedná se o formu taneční zábavy, dále pak doléčovacích ambulancí nebo denního stacionáře.

Stěžejními prostředky opavského systému jsou práce s pacienty na úrovni individuální a skupinové psychoterapie, terapeutický vztah, optimální sociální atmosféra oddělení, rozšiřování sociálních dovedností. Důraz je kladen také na práci s rodinou, jedná se o rodinné komunity, kde jsou uplatňovány techniky rodinné terapie.

### 2.1.1 Skupinová psychoterapie

Vycházela jsem z konceptu MUDr. Ireny Strossové - Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi.

„Obecně platí (nejen pro bludy a halucinace), že jen pomalu a nenásilně musíme převádět psychotika z roviny jeho chorobného prožívání do úrovně reality, v níž mu musíme především poskytnout emoční oporu a bezpečné místo v mezilidských vztazích zde a nyní, abychom mu mohli pomoci najít jeho místo a jeho úlohu ve vnějším světě a v budoucnosti. Jedině s touto oporou v realitě můžeme pacienta postupně vést ke kritickému náhledu na onemocnění.“<sup>1</sup>

V této publikaci najdeme např. popis rolí terapeuta při vedení skupiny. Terapeut vystupuje jako aktivní vůdce skupiny, vnáší do skupiny pocity bezpečí, jistoty, pobízí k interakcím členů ve skupině, snaží se o začlenění outsiderů do skupiny apod. Je tedy modelem sociálního chování, měl by být chápající, chránící, povzbuzující, tolerantní.<sup>2</sup>

Optimální počet členů pro skupinu je 8 – 12. Skupina smíšená, co se diagnóz a pohlaví týče, otevřená ve smyslu, že někteří členové právě do skupiny přicházejí, jiní setrvávají a jiní odcházejí, se také jeví jako optimální. Nedílnou součástí propracovaného opavského systému je také vzájemná spolupráce mezi členy psychoterapeutického týmu, pravidelné schůzky slouží k předávání informací o vývoji léčby a rehabilitace konkrétních pacientů, výměna informací a poznatků a jednotný přístup k pacientům.

---

<sup>1</sup> Strossová, Irena. Zvláštnosti psychoterapie psychóz a nároky na terapeuta. *In Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*. [online]. Zprávy VÚPs, Praha: Tiskařské závody, 1984. [cit.20.4.2011]. Dostupné z <http://www.pl.opava.cz/SKUPPST.htm>

<sup>2</sup> Tamtéž

Cíle terapeutického procesu jsou povzbuzování zdravého jádra pacienta, posilování sebevědomí, získání kritického náhledu na onemocnění a vedení k reálnějšímu pohledu na svět.<sup>3</sup>

Psychoterapeutická skupina obvykle začíná nějakými rozehřívacími technikami, které mají formu různých her, kdy si pacienti např. trénují paměť. Probíhající skupiny jsou tématicky zaměřené.

V rámci své stáže jsem měla příležitost poznat, jak funguje např. skupinová psychoterapie, kdy je důraz kladen na skupinovou spolupráci, důležité je udržet vzájemnou interakci jednotlivých členů. Důležitou složkou pro pacienty bylo udržení soustředěnosti na daný problém. Cílem pro pacienty také bylo zjistit příčiny projednávaného problému.

### 2.1.2 Individuální psychoterapie

U individuálních psychoterapeutických přístupů je důraz kladen na nácvik praktických dovedností, jako např. péče o prádlo, domácnost apod.

Sportovní terapie, sociokulturní programy a ranní komunity, které si pacienti sami připravují, resocializační komunity, které probíhají se zástupci různých organizací, které provozují služby následné péče, patří také k individuálním psychoterapeutickým metodám.

Ke stěžejním metodám resocializace a rehabilitace pacientů s duševním onemocněním patří systematicky vypracovaný denní režim, časový plán, podle kterého se pacienti orientují.

Nechybí zde využívání technik ergoterapeutických, kdy pacienti docházejí do rukodělných dílen, které jsou k dispozici přímo v areálu léčebny.

Co se volnočasových aktivit týče, pořádají se různé sportovní turnaje, poznávací vycházky, kulturní akce popř. výstavy.

---

<sup>3</sup> Strossová, Irena. Organizace terapeutické skupiny. In *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*. [online]. Zprávy VÚPs, Praha: Tiskařské závody, 1984. [cit.20.4.2011]. Dostupné z <http://www.pl.opava.cz/SKUPPST.htm>

### 2.1.3 Kognitivně - behaviorální terapie (KBT)

Původně se tento druh terapie orientoval na trénink sociálních a pracovních dovedností. Asi od 80. let se KBT zaměřovala na prevenci relapsu. Cílem terapie je naučit pacienta rozpoznávat tzv. varovné příznaky a pacient by také měl pochopit, co jsou spouštěcí faktory a těm se pak vyhnout. Díky tomuto sebepoznání, by měl pacient vědět, jak v případě krize jednat. V současnosti je KBT uceleným systémem, kdy dochází ke stanovení individuálního terapeutického plánu, který vypracovává terapeut společně s klientem (Pěč, Probstová, 2009).

Domnívám se, že odhalování vlastních varovných příznaků je obrovským přínosem.

### 2.1.4 Arteterapie

Tato metoda zahrnuje tvůrčí činnost člověka s výtvarnými materiály, jako jsou barvy, papír, dřevo, hlína nebo např. kámen. Důležité je, že pacient pracující s touto terapeutickou technikou nemusí mít předchozí výtvarné zkušenosti. Arteterapie rozvíjí sebepoznání, soustředěnost, zručnost a také kreativitu (Pěč, Probstová, 2009).

Z vlastní zkušenosti můžu říci, že tato technika je velkým přínosem v pochopení sebe samého např. v nemoci.

### 2.1.5 Dramaterapie

Technika též nazývaná psychodrama. Důležitými prostředky v tomto procesu jsou jeviště, hlediště, role režiséra a pomocných herců. Můžeme též říci, že jde o jakési improvizované divadlo. Scénky se obvykle odehrávají na zadané téma. Důležitou součástí je také spolupráce s publikem (Kratochvíl, 2006).

Dle mého názoru je tato technika přínosem pro samotného herce, ale i pro zúčastněné publikum. Pacienti měli možnost sehrát scénky typu, jak říct rodině o pomoc, když bude daný jedinec cítit, že s jeho psychikou je něco v nepořádku.

### 2.1.6 Psychogymnastika

Terapeutická metoda, kde se užívá neverbální komunikace. Děje se tak prostřednictvím pohybu, dotyků, mimiky atd. Cílem této techniky je sdělení pocitů, vyjádření situací bez použití slov. V první fázi jde především o uvolnění, rozhýbání se. Fáze závěrečná je věnována relaxaci, uvolnění se, zlepšení nálady a navozuje optimismus (Kratochvíl, 2006).

Tato technika mě osobně velmi překvapila, jelikož pro pacienty znamenala opravdu uvolnění se, zlepšení nálady a vyjadřování beze slov pro některé bylo jednodušší než použití verbálního projevu.

### 2.1.7 Videodekuce

Tato metoda patří k edukačním formám, kterou jsem také poznala jako součást opavského systému. Jedná se o techniku s využitím videozáznamu, který poskytuje pacientům informace o onemocnění, nebo jsou tyto programy zaměřené na oblasti varovných příznaků.

Video edukační programy mají vysoký destigmatizační charakter. V psychiatrické léčebně v Opavě, konkrétně na primariátu H, je tato metoda uplatňována pomocí pořadů, které byly vysílány v televizi, jedná se zejména o 13. komnatu, diagnózu aj. Podstatné je, že známé osobnosti zde autenticky sdělují své zkušenosti, osobní prožitky s řadou nejrůznějších psychických onemocnění či traumatických zážitků.

Pacientům tyto produkce pomáhají pochopit jejich onemocnění, smířit se s jejím průběhem a omezujícím dopadem na život. Často se pacienti ztotožňují s osudy představitelů, včetně jejich zklamání, proher či vítězství. Psychotické onemocnění dokáže změnit hodnotový systém člověka, jeho pohled na budoucnost a plánování a také sebevědomí jedince. Terapeutický efekt při zvládnání těchto obtíží spojených s onemocněním může být metodou videoedukace zajištěn. V neposlední řadě tak mají možnost sami pacienti zjistit, že traumatické situace nebo psychotické onemocnění může potkat každého člověka bez rozdílu.

## 2.2 Vývoj psychiatrické rehabilitace

Ucelenější poznatky, co se vývoje psychiatrické rehabilitace týče, nalzáme v 19. století. V této době se začíná pozornost věnovat opětovnému návratu do života společnosti. V 50. letech minulého století umožnily americké a britské vládní výnosy deinstitucionalizaci. Vznikala tak komunitní centra duševního zdraví.

Tato centra byla podrobena kritice kvůli větší pozornosti „zdravějším“ pacientům. Další směr znamenal vznik svépomocných klubů, tzv. klubových center. Důležitým termínem této doby byla psychosociální rehabilitace.

Vývoj psychiatrické rehabilitace u nás nekopíroval světový trend. Psychiatrická rehabilitace u nás byla vázána na lůžková prostředí psychiatrických léčeben a to až do roku 1989. Až po pádu komunismu začaly vznikat nestátní neziskové organizace, zaměřené na rehabilitaci duševně nemocných (Pěč, Probstová, 2009).

Ze současných moderních přístupů psychiatrické rehabilitace můžeme jmenovat tři hlavní směry. 1. Bostonský směr, zdůrazňuje význam učení a rozvoj schopností. Hlavním představitelem směru, kdy klient je především žákem reprezentuje W. Anthony. Druhý přístup se nazývá Losangeleská škola, která je spjata s tréninkem sociálních dovedností, strategií na řešení problémů apod. Hlavním představitelem tohoto proudu je R.P.Liberman. Britská škola je třetím modelem psychiatrické rehabilitace a je spjata s G. Shepherdem a D. Bennettem. Důraz je zde kladen na pečlivě vytvořený systém péče a úpravu prostředí, ve kterém klient žije (In Pěč, Probstová, 2009).

### **2.3 Psychiatrická rehabilitace dle bostonské školy**

Základním cílem rehabilitace duševně nemocných je dosažení schopností, dovedností za podpory okolí tak, aby byli připraveni fungovat v prostředí určeném pro bydlení, zaměstnání a vztahy dle jejich vlastní volby. Proces rehabilitace dle výše zmíněné školy má tři fáze. V první fázi, diagnostické, dochází k vyhodnocení připravenosti k rehabilitaci. To znamená, že klient musí být dostatečně motivován splnit úkol a převzít zodpovědnost za svá rozhodnutí. Klient je aktivním účastníkem procesu plánování. Rehabilitační pracovník spolu s klientem stanovují obecný rehabilitační cíl, klient si tak sám volí prostředí, kde chce bydlet, učit se nebo být zaměstnán. Plánování je další z fází procesu.

Opět je klient spoluúčastníkem na tvorbě plánu rozvoje dovedností. Závěrečnou etapou je fáze intervenční, kde dochází k nácviku dovedností klienta (Pěč, Probstová, 2009).

## 2.4 Psychosociální rehabilitace podle nizozemské školy STORM

Dle Wilkena a Hollandera má být rehabilitace dostupná všem lidem s psychiatrickým onemocněním tak, aby jim pomáhala zlepšit kvalitu života. Mezi základní složky patří rozdělení prostředí jedince do čtyř základních životních domén – práce, volný čas, bydlení a učení se a tzv. osobních domén, kam patří osobní péče, zdraví, smysl a účel a sociální vztahy. Další důležitou složkou je působnost rehabilitačního procesu v tzv. triádě – klient, profesionál, příbuzný klienta a uskutečňování rehabilitace ve třech dimenzích, dimenzi času, dimenzi činnosti a dimenzi vztahů. (In Pěč, Probstová, 2009)

Stěžejní zásadou je pracovat v souladu s klientovými přáními a potřebami péče. Nedílnou součástí je komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci, což znamená fungování na úrovni jedince, jeho okolí a společnosti a rovnocenný oboustranný vztah klienta a pracovníka. V první fázi tohoto procesu dochází k budování vzájemného vztahu. Pracovník musí být dostatečně vzdělaný, umět využívat profesionální znalosti a dovednosti, měl by znát určité komunikační strategie a přizpůsobit osobnímu stylu klienta a způsobu, jakým chce využívat danou péči. Další je fáze šetření, ve které se utřídí informace o klientovi z jeho minulosti i budoucnosti. Je potřeba zjistit potřeby, přání, schopnosti, omezení a zdroje podpory. Třetí etapou je stanovení cílů celkových, které jsou definovány pozitivně. Dále jde o stanovení cílů specifických, které jsou zaměřeny na kompenzaci nebo překonávání překážek, které brání dosažení cíle celkového. Důležité je, že specifické cíle mohou být směřovány k udržení žádané situace a obecně by měly být stanoveny tak, aby byly dosažitelné. Návazná fáze plánování vychází z předem stanovených cílů. Plánování může sloužit i jako návod, jak daných cílů dosáhnout, kdy daného cíle dosáhneme, kdo se na uskutečnění jednotlivých kroků bude podílet. Jako poslední nastupuje fáze intervenční, tedy etapa naplňování klientových cílů a fáze hodnocení a zpětná vazba je fází poslední v rehabilitačním procesu. (Pěč, Probstová, 2009).

Do plánů vytvářených pracovníky společně s klienty také řadíme tzv. plány krizové, kde se nejčastěji uvádí různé varovné příznaky klienta, a je zde popsán detailní postup, jak v takových situacích zasahovat. Zachována je tak partnerská stránka vztahu pracovníka a klienta v případech, kdy je nutná hospitalizace, není v takovém případě schopný rozhodovat sám za sebe a odmítá podstoupit nutnou hospitalizace. Pracovník se na tomto postupu s klientem dohodl v krizovém plánu a může tak postup v rozporu s jeho vůlí.

## 2.5 Terapeutický vztah

Dle mého názoru a vyplývající ze systému psychosociální rehabilitace STORM je základem práce s člověkem s psychiatrickým onemocněním právě terapeutický vztah. Tato vazba se stává přínosnou pro obě zúčastněné strany.

Člověk s psychotickou zkušeností potřebuje ve svém životě mít určité jistoty, které se mu jakoby rozplynuly v době, kdy onemocněl. Pocit bezpečí, důvěry, potřebu určité podpory a opravdový zájem o osobnost jako takovou považují ve vztahu lidí s duševním onemocněním k pracovníkům za stěžejní.

Jak uvádí Rogers:“ terapeutický vztah je tím nejdůležitějším faktorem léčby – vztah nabízený terapeutem, založený na empatii (vyjadřování porozumění klientově zkušenosti), kongruenci (emoční opravdovost, projevování pocitů) a bezpodmínečném emočním přijetí (vřelý, přijímající postoj, upřímný zájem a vstřícnost), je sám o sobě dostatečný k uvolnění pacientových přirozených léčivých procesů (jde tedy o opak tvrzení, že aplikování nejrůznějších metod a technik vede k léčbě)“ (In Pěč, Probstová, 2009, s. 38).

V současnosti je důraz kladen na aspekt partnerství, tedy na společné úsilí pracovníka a pacienta či klienta, hledání příčin a vysvětlení, společných cílů, získávání dovedností aj. Důležitou součástí je také respekt, ve smyslu oboustranném a flexibilita, tedy neustálé monitorování změn v pacientově nebo klientově životě. (Pěč, Probstová, 2009).

Budování terapeutického vztahu zabírá určitý časový úsek, vyžaduje notnou dávku aktivity, empatie a schopnosti naslouchání terapeuta.

Vztah mezi pracovníkem a klientem (pacientem), může mít i určitá úskalí, nejčastěji nastávající v souvislosti s negativními zážitky nemocného z minulosti, co se péče o duševně nemocné týče. V takovém případě je zapotřebí čas k navázání důvěry. Další překážkou mohou být různé nejasnosti a nepochopení v komunikaci. Východiskem v takovém případě se jeví velká dávka empatie a určité komunikační metody a techniky.

## 2.6 Role pracovníků v rehabilitačním procesu

V rehabilitačním procesu duševně nemocných pracuje řada odborníků. Nejčastěji se setkáváme s psychiatry, psychology a psychiatrickými sestrami a to v průběhu hospitalizace v psychiatrických léčebnách nebo v ambulantních zdravotnických popř. psychoterapeutických službách.

Psychiatr, zastává roli rádce, pacientova průvodce i v akutních fázích onemocnění, vyšetřuje a stanovuje diagnózu, vybírá pacienty vhodné k rehabilitaci, může pracovat i na pozici psychoterapeuta v rodinné, individuální a skupinové psychoterapii a v neposlední řadě určuje farmakologickou léčbu (Pěč, Probstová, 2009).

Psychologové, psychoterapeutické sestry, psychoterapeuti používají techniky a metody psychoterapie v prvopočátcích rehabilitace, umožňují pacientům zvládat odeznívání příznaků nemoci, podporují v nalézání zdravého jádra osobnosti, pomáhají jim ke kritickému náhledu na svou nemoc, učí je rozeznávat varovné příznaky a motivují je k vyhnutí se spouštěcím faktorům.

V případě rehabilitačních zařízení následné péče jsou to nejčastěji sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, ergoterapeuti. V případě odborné profesní způsobilosti sociálního pracovníka je důležité absolvovat univerzitní studium nebo studium na vyšší odborné škole. Kvalifikaci si dále zvyšují absolvováním různých kurzů a seminářů.

Pozice pracovníků působících v sociální sféře mohou být různé. Od administrativních pracovníků až po pracovní terapeuty tzv. ergoterapeuty.

Za podstatné v práci s psychicky nemocnými lidmi považují nejen odbornou kvalifikaci, ale i určité osobnostní předpoklady pracovníků. Mezi důležité vlastnosti řadím empatii, jako prostředek porozumění a vcítění se do situace nemocného a schopnost akceptovat člověka takového jaký je, i s jeho odlišnostmi. Morální a trestní bezúhonnost – vychází ze zákona č.108/2006 Sb., schopnost týmové spolupráce, organizační schopnosti aj. tvoří také důležité osobnostní předpoklady v rehabilitačním procesu.

Lidé působící v sociální sféře jsou tzv. průvodci klientů na poli rehabilitace, jsou motivujícím faktorem, jsou v roli důvěrníků, často bývají výchovným vzorem, také pomocníkem při zvládnání nejrůznějších úkonů a nácviků a dovedností.

Podstatné je, že úkolem pracovníků v sociální sféře je pomoc při začleňování jedince s duševním onemocněním zpět do společnosti. Sociální pracovník by měl s klientem umět vést rozhovor, aktivně naslouchat klientovým přáním a potřebám, následně umět zmapovat situaci klienta v jeho přirozeném prostředí včetně sociální sítě, plánovat aj.

Sociální práce s lidmi s psychickým onemocněním je tak další důležitou složkou rehabilitačního procesu.

## 2.7 Rodinná terapie

V době, kdy člověk onemocní psychózou, je nutné věnovat pozornost i rodině dotyčného, jelikož psychické onemocnění, projevy i rehabilitace mají vliv na fungování ostatních členů. Už v případě akutní fáze onemocnění zažívají členové rodiny obavy, strach a v neposlední řadě trpí výčitkami, zvláště rodiče, že něco zanedbali např. ve výchově. Výjimkou není i určitý stud za projevy nemocného, zklamání, že dotyčný nebude moci dosáhnout vytyčených cílů, frustrace aj. V některých případech výše jmenované projevy či pocity, vedou až k nezdravě ochrannému přístupu jedince v rodině, v jiných případech dokonce k odmítnutí udržování jakýkoliv vazeb s nemocným členem.

Vzhledem k tomu, že rodina jako systém se ve většině případů stává hlavním zdrojem podpory nemocného a tvoří přirozené prostředí jedince, je za potřebí s rodinou nemocného pracovat. Právě v době akutní fáze a následné hospitalizace je členům největší oporou psychiatr, který rodinu informuje a seznamuje se situací nemocného.

Dalším důležitým zdrojem podpory jsou tzv. rodinné komunity, kde jsou členové seznamováni s psychickou nemocí jako takovou, získávají tak nejrůznější informace, které mají vliv např. na předcházení relapsu nemocného, na pochopení jednání a chování nemocného člověka a dozívají se o různých možnostech podpory a léčby.

Mezi hlavní témata, která patří k terapeutické práci s rodinou je např. zaměření se na silné stránky rodiny, informace o chorobě, diagnóze, seznámení se se vznikem nemoci, příčinami, projevy. Důraz je kladen na rozvíjení komunikace v rodině, jednání se zdravotníky a obnovování společenských vazeb (Pěč, Probstová, 2009).

V současné době se rozvíjí tzv. svépomocná hnutí, kde se setkávají členové různých rodin nemocných osob. Mají možnost si své zkušenosti, poznatky navzájem předávat, emočně se podporují.

Z dalších možností práce s rodinou bych uvedla rodinnou psychoterapii, rodinné poradenství nebo rodinu jako možnou součást plánovacího procesu dle nizozemské školy STORM.

## 2.8 Pracovní rehabilitace

Ze své vlastní zkušenosti se skupinou psychicky nemocných můžu říci, že práce jako taková, má pro tuto skupinu lidí funkci seberealizační, vzdělávací a motivační. Práce aktivizuje lidi k nějaké činnosti, mají možnost učit se novým dovednostem a vede člověka k samostatnosti a zodpovědnosti. Je to smysluplná výplň času a udržuje u lidí tzv. pracovní návyky. V neposlední řadě práce rozvíjí komunikační schopnosti a spolupráci mezi lidmi.

Mezi druhy pracovní rehabilitace můžeme zařadit práci v chráněných pracovních dílnách, dobrovolnou práci, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání a různé podporované edukativní programy.

Do pracovní rehabilitace bych záměrně zařadila i terapii pomocí zvířat. Např. Hipoterapie se věnuje rehabilitace nemocných za pomocí koní, canisterapie využívá spolupráce nemocných a psů.

Mezi organizace poskytující pracovní rehabilitaci v ČR patří např.o.s. Fokus Opava, o.s. Fokus Praha, Anima Viva o.s.

## 2.9 Rehabilitace - oblast bydlení

Bydlení jako takové patří k jedné z nejzákladnějších potřeb člověka. Lidem dává pocit jistoty, bezpečí, soukromí, soběstačnosti (Pěč, Probstová, 2009).

Rehabilitace lidí s duševním onemocněním zahrnuje několik cílů.

Jedná se o pomoc lidem naučit se žít samostatně, umožnit jim určitou separaci od rodiny, ve které dosud vyrůstali a byli na její péči svým způsobem odkázáni, náhradní bydlení slouží také jako alternativa k dlouhodobým pobytům v psychiatrických léčebnách aj. V dnešní době existuje více druhů zařízení pro potřeby bydlení určených duševně nemocným. Mezi tato zařízení řadíme např. domy a byty na půli cesty, chráněná bydlení, komunitní bydlení, podporované bydlení (Pěč, Probstová, 2009).

Pacienti psychiatrických léčeben si tyto následné služby sociální péče či služby sociální prevence vybírají dle svých možností, schopností a potřeb. Někteří z nich potřebují rehabilitační pobytovou službu spojenou s udržováním základních zdravotních a hygienických návyků, potřebují pomoc s přípravou stravy či jinou službu. Pro takové osoby jsou vesměs nejvhodnější pobytová zařízení formou skupinového (komunitního) bydlení.

Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že tento typ zařízení poskytuje podporu v oblasti sebeobslužných činností, trávení volného času, vzdělávací aktivity, nakupování, hospodaření s penězi, zodpovědnosti, komunikace apod. (Pěč, Probstová, 2009).

Mezi organizace poskytující pobytové služby patří např. Terapeutická komunita TREND, kterou provozuje o.s. Ester, o.s. Péče o duševní zdraví, které v rámci sociální rehabilitace disponuje tréninkovými byty, dále pak Charita Opava, která provozuje chráněné a podporované bydlení nebo Terapeutická komunita Mýto.

## **2.10 Rehabilitace - oblast volného času**

Jak uvádí Wilken a den Hollander: „V důsledku nástupu duševní nemoci se hroutí sociální role, zůstává jen role pacienta. Pro nemoc lidé často ztrácejí původní zázemí. Vzniká začarovaný kruh: lidé s psychosociální nedostatečností mají často jen málo sociálních rolí – mají omezenou sociální síť a zároveň obtíže při navazování a udržování sociálních kontaktů“ ( In Pěč, Probstová, 2009, s. 128).

Cílem programů spojených s náplní volného času by měl být nácvik sociálních rolí, podpora a vzrůst sebeúcty, zvládnání stresu, podpora nezávislosti a soběstačnosti a v neposlední řadě také obnova komunikace s vnějším světem. Je potřeba zdůraznit, že člověk využívá volný čas podle svých schopností a možností. Mezi funkce volného času patří obnova sil, zábava, relaxace, odpočinek, seberealizace apod.

Co se podpory udržení nebo rozvíjení sociálních kontaktů týče, nemusí hlavní roli zastávat jen služby k tomu určené, ale je za potřebí tuto pomoc hledat i u rodinných příslušníků, přátel či spolupacientů. Určitou roli v oblasti překážek zde zastává sám klient, který je díky nemoci poznamenán v oblasti komunikačních či kognitivních funkcí (Pěč, Probstová, 2009).

Zařízení, která provozují volnočasové aktivity pro duševně nemocné, se nazývají centra denních služeb.

Obecně mohu říci, že zařízení, která poskytují následnou péči, se mohou věnovat buď jedné, nebo maximálně dvěma ze tří výše zmíněných rehabilitačních oblastí, takzvaných domén, které zahrnují práci, bydlení a volný čas. Např. pobytová střediska nabízejí možnost chráněného zaměstnávání.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 VÝZKUM

Ve své práci jsem použila výzkumu kvalitativního, jako vhodnějšího typu, co se rehabilitace lidí s duševním onemocněním týče. Konkrétně se jedná o případové studie, tedy kazuistiky.

„Kvalitativní výzkum - skupina teoretických přístupů a metodických postupů, které byly formulovány buď v opozici ke kvantitativním postupům, nebo jako jejich rozšíření. Uplatňuje se zejména tam, kde je žádoucí posoudit proces poskytování programu, případně program průběžně upravovat“ (Matoušek, 2003, s. 100).

Jak uvádí Sedláček: „Detailní studium jednoho nebo několika případů je tradičně považováno za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům“ (In Šed'ová, Švarčíček, 2007, s. 96).

#### 3.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bakalářské práce je zmapování problematiky lidí s duševním onemocněním, začátek jejich onemocnění a ukázka dosaženého efektu rehabilitace duševně nemocných v pobytovém zařízení.

#### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili dosavadní klienti terapeutické komunity pro duševně nemocné o.s. Ester, s diagnózou dle MKN F20-F29, a jedna bývalá klientka tohoto zařízení. Jednalo se o dva muže a tři ženy ve věku od 21 let do věku 40 let.

Záměrně neuvádím skutečná jména klientů s ohledem na zachování jejich anonymity.

#### 3.3 Metody výzkumu

Výzkum jsem vypracovávala na svém pracovišti. Jsem zaměstnaná v terapeutické komunitě jako denní služba. K rozhovoru s klienty jsem měla k dispozici velký časový úsek a vycházela ze svých poznatků metodou pozorování a analýzou osobní dokumentace a nestandardizovaných rozhovorů.

Uvádím také, že kazuistiky mají jednotný charakter v diagnostice, osobní a rodinné anamnéze a efektu rehabilitace, liší se však v rozsahu, sdílnosti klientů a také v aktuálním psychické kondici a v neposlední řadě v důsledcích nemocí na klientovu osobnost.

Konkrétně byl výzkum proveden formou pozorování po dobu jednoho roku u klientky č. 3 a klienta č. 4, a formou rozhovoru. U klientky č. 1., klientky č. 2, klienta č. 5 byla doba pozorování po dobu dvou let a také byla uplatněna metoda rozhovoru.

### 3.4 Průběh výzkumu

U kazuistiky č. 1 byl prováděn rozhovor z okruhu stanovených témat několikrát za stanovenou dobu dvou let. Výsledek kazuistiky se opírá o klientčin životní příběh, se kterým jsem měla možnost se několikrát seznámit během našich osobních rozhovorů. Dále je kazuistika protkána poznatky o klientčiných změnách v chování, stolování, hygienických návycích. Záměrně jsem tyto skutečnosti uváděla během kazuistiky, tak jak za sebou tyto změny následovali v určitém časovém horizontu. Kazuistika č. 1 je rozsáhlejšího charakteru, neboť životní příběh klientky je velmi rozsáhlý a klientka byla velice sdílná, co se dotazovaných oblastí týkalo.

Kazuistika č. 2 byla vypracována obdobným způsobem jako předcházející kazuistika. Klientka dosáhla úspěšného osamostatnění se a jsem s ní i nadále v kontaktu.

Kazuistika č. 3 byla postavena víceméně na podkladech získaných od klientky samotné, tedy formou rozhovoru, i když prvky pozorování se zde také objevují. Jedná se o klientku, kdy její průběh onemocnění je diagnostikován jako chronický, díky častým hospitalizacím. Klientka samotná po dobu jednoho roku mi sama vyprávěla svůj životní příběh v několika různých verzích, v kazuistice uvádím verzi poslední.

Kazuistika č. 4 byla víceméně podložena formou pozorování a rozhovorů, které jsem měla možnost vést s klientovými rodiči, kteří do terapeutické komunity jezdí na občasné návštěvy. Pokud to klientův psychický stav dovoľoval, vedla jsem rozhovor z okruhu zadaných oblastí také s klientem. Takové rozhovory trvaly na začátku šetření pouze pár minut, po delším časovém období a po poslední hospitalizaci bylo možné vést rozhovor téměř půl hodiny.

Kazuistika č. 5 probíhala pozorováním po dobu dvou let. Rozhovory s tímto klientem byly prováděny průběžně po celou dobu pozorování.

U této kazuistiky je shromážděno větší množství informací, které jsem měla možnost získat jako pracovník denní služby na pravidelných poradách týmu a rozhovory s vedením služby. Jde hlavně o oblast rehabilitace, která sahá do doby starší, než jsou dva roky.

### **3.5 Výsledky výzkumu**

#### **3.5.1 Kazuistika č. 1**

**Jméno:** Petra

**Věk:** 30 let

#### **Diagnostika**

Klientka byla již v šestnácti letech hospitalizována v psychiatrické léčebně, kde u ní byla po vyšetření diagnostikována paranoidní schizofrenie. Projevovaly se u ní vjemové halucinace, úzkostné a depresivní stavy, které vrcholily v sebedestrukci. U klientky se projevoval velice zesílený sexuální pud a toto nutkání uspokojovala ve svém následném osobním životě promiskuitním chováním, které postoupilo až k praktikování prostituce.

Po narození její dcery se nikterak její způsob života nezměnil. Klientka dále prostituovala, přestože užívala psychiatrické medikamenty, oddávala se nadměrnému užívání alkoholu a drog. Tento způsob života vyvrcholil další hospitalizací v psychiatrické léčebně a zproštění rodčovských práv vůči dceři, která byla svěřena do pěstounské péče bratra Petry a následně tety.

#### **Rodinná a osobní anamnéza**

Petra vyrůstala se svými rodiči a bratrem v malé vesnici u města Šumperk.

Otec se příliš rodině nevěnoval, oddával se ve velké míře pití alkoholu. Domů chodil většinou opilý a k manželce i dětem se choval vulgárně. Pokud byl střízlivý podle klientky se tak špatně nechoval. Asi ve věku čtrnácti let ji otec začal sexuálně obtěžovat. Dotýkal se jí na intimních místech, chtěl po ní vykonat nejrůznější sexuální praktiky a následně opakovaně došlo ke znásilnění. Když bylo Petře patnáct let, otec od rodiny odešel poté, co matka zažádala o rozvod. Zneužívání své dcery otec dodnes popírá.

K matce měla velice kladný vztah. Svou dceru měla nejspíše moc ráda. Podle Petry pro ni matka byla kamarádkou a osobou, které se mohla se vším svěřit a která se jí snažila vždy po právu zastat, poradit nebo pomoci. Pěkné okamžiky v dětství prožila především díky matce.

O zneužívání dcery svým manželem se dozvěděla právě od Petry. Toto zjištění pak bylo poslední impulsem pro rozvod. Po té co byla Petra hospitalizována a byla u ní diagnostikována schizofrenie, nenahlížela na ni jako na psychicky nemocného člověka.

Matka onemocněla rakovinou a zemřela, když bylo Petře osmnáct let.

Bratr je o šest let starší než Petra. Na rané dětství prožité s bratrem vzpomíná Petra jako na hezké až do chvíle, kdy jí bylo devět let. V té době se na ní bratr poprvé sexuálně uspokojil. Akt se konal ještě několikrát poté, nikdy nedošlo k pohlavnímu styku. Po rozvodu rodičů žil bratr u otce, později si našel přítelkyni a následně se oženil a měl dítě. V současné době je v kontaktu se setrou pouze prostřednictvím dopisů, občas ji na Vánoce pošle peníze. Sexuální ukájení na své sestře dodnes stejně jako jeho otec popírá.

### **Petra**

V dětství Petra trpěla různými posměšky a ponižováním, které se jí dostávalo od ostatních dětí. Podle jejích slov bylo důvodem to, že navštěvovala speciální školu a pak i učiliště pro děti s takovýmto základním vzděláním. Velice často se stávalo, že si přízeň chlapců snažila získat tím, že je v ponížené pozici sexuálně ukájela, nechávala se osahávat. Podle vlastních slov je nechtěla odmítnout, aby se na ni pak nezlobili, neviděla nic špatného na svém submisivním až poníženém chování.

V pubertě vystřídala několik partnerů. Byli to většinou o dost let starší muži, kteří ji pouze využívali a citově vydírali. Petra však neměla nikdy problém s častým střídáním partnerů, u kterých hledala vztah. Bohužel sama přesně nedokáže definovat formu hlubokého citu, proto její chování bylo založeno na velice povrchním hodnocení citového vztahu a promiskuitním jednáním, kdy se snažila udržovat i vztahy lesbické. Od takového chování přešla až k praktikování placené prostituce, což se dělo až po smrti matky. Petra trpěla velice nízkým sebevědomím a dalo by se říct, že její chování byla kompenzace nenalezené pozornosti, hlubšího vztahu a významu své vlastní existence.

Sama si však později uvědomovala, že její způsob života není normální a trpěla frustrací, nevěděla však jak z tohoto začarovaného kruhu vystoupit.

Jediné řešení viděla v těhotenství. Rozhodla se tedy, že otěhotní s některým ze svých zákazníků. Po narození zdravé dcery u ní byla diagnostikována laktační psychóza. Petra znovu začala užívat psychofarmaka. Se svou dcerkou vystřídala několik ubytoven pro bezdomovce, kde se opět vrátila k prostituování.

Její posledním místem pobytu byla ubytovna pro svobodné matky. S financemi jí pomáhala teta, sestra její matky, kterou má dosud velice ráda a po smrti matky to pro ni byla jediná spřízněná příbuzná osoba. Psychický stav Petry se stále zhoršoval. Odmítala užívat své léky, na základě toho se začala chovat velmi patologicky.

Přestala se řádně starat o svou již tříletou dcerku, pila, nesmyslně nakupovala nejrůznější věci. Vše vyvrcholilo Petřiným psychickým zhroucením, kdy byla hospitalizována v psychiatrické léčebně.

Při nástupu Petra trpěla intenzivními halucinacemi, anxiózními a paranoidními stavy. Petře byla nasazena silná medikamentózní léčba a několikrát absolvovala elektrokonvulzní terapii. V léčebně byla v kontaktu se svou tetou, která ji zásobovala jídlem a cigaretami, když Petra utratila peníze, které měla z invalidního důchodu. Pobyt trval téměř tři roky. Po této době se Petra na základě doporučení sociální pracovnice rozhodla kontaktovat terapeutickou komunitu pro duševně nemocné.

### **Rehabilitace v pobytovém zařízení**

Po nástupu do zařízení se Petra projevovala tiše a nenápadně. Největším problémem klientky bylo její sebepojetí, od čehož se odvíjelo její chápání vztahu k okolí, k nejrůznějším společenským návykům a projevům a především zodpovědnosti v kterémkoliv směru. Což se do určité míry vylučovalo s její výchovou z dětství.

Jako hlavní cíl si Petra zvolila vrácení dcery do péče. To však znamenalo velké sebezapření a obnovení návyků, které klientka nahradila téměř patologickými.

Petra velice neohrabaně stolovala, nevadilo jí, že ostatním lidem kolem ní, připadá její způsob projevu až nechutný. Nedodržovala hygienické návyky, spodní prádlo si měnila až po upozornění terapeuta. Při nácvičku vaření byla nesoustředěná, nedokázala udržet pořádek kolem sebe, při pracovní terapii se vyhýbala cíleně činnosti.

V novém prostředí se Petra adaptovala velice rychle. Byla veselá, přátelská. Zhruba po měsíci pobytu se u ní začaly stále častěji projevovat depresivní stavy, které se střídaly se stavy téměř manickými. V prvním případě se stav projevoval steskem po dceři, projevovaném zklamáním ze zničeného života.

V těchto chvílích se snažila nalézt spřízněnou duši v téměř každém zaměstnanci zařízení. Svěřovala se s intimními zážitky, s traumaty a leckterými věcmi týkajícími se jejího osobního života. Toto chování bylo shledáno jako nesmyslné, ale velice účelové.

V druhém případě jejího extrémního chování se Petra projevovala velice vesele až křečovitě, vtipkovala a dokonce koketovala s téměř všemi zaměstnanci a některými klienty. Vše bylo stejně jako v depresivních projevech, účelové. Petra si tak snažila získat pozornost. Vždy byla na tento patologický projev upozorněna terapeutem a většinou uznala tento extrém a slíbila, že se pokusí chovat jinak, lépe. Petra viděla hlavní problém v tom, že musí brát léky.

Odmítala, že je nemocná. Dokonce se krátkou chvíli snažila kamuflovat užívání medikamentů. Přestala brát některá z antipsychotik a antidepresiv. To se projevilo asi po třech dnech, kdy Petra začala intenzivně halucinovat a byla silně úzkostná. Po konzultaci s terapeutem se přiznala, psychofarmaka začala ihned užívat a její stav se opět stabilizoval. Nikdy si už léky sama schválně nevysadila. Bohužel se pokusila právě v jednom ze svých lapsů, léků zneužít k utlumení. Trestem za tento čin byla kontrola pokaždé, co prášky měla užít, což bylo v komunitě takového typu pro Petru ponižující. Vždy ji terapeut vysvětlil proč to tak musí být a co musí udělat pro to, aby se její situace změnila. Postupem času to Petra pochopila a začala se chovat tak, že důvěru získala zpět, tím jak se k problému postavila. To byl jeden z mnoha případů, kdy Petra překonala sama sebe. Nicméně díky špatnému sebevědomí to pro ni neznamenal téměř žádný úspěch. Vědomí vítězství nad sebou samou vyrchalo hned poté, co byla za čin pochválena. Postupem času, na základě konzultace s terapeutem a psychiatrem byla snižována její medikace. Ne vždy neslo snížení pozitivní odezvu, což byl jeden z ukazatelů klientčina progresu.

Co se týče Petřiny promiskuity, ta se projevovala i v průběhu pobytu. Snažila se navazovat vztahy s ostatními klienty, což samozřejmě nebylo možné a byla upozorněna na sankce, která by následovala pro oba aktéry. Nebyly to vztahy pouze heterosexuální, ale i lesbické. Po několika sezení se Petra již o žádný vztah nepokusila.

Následně jí terapeut navrhl hormonální léčbu, která by potlačila její velice silný sexuální pud. Následně ji byla předepsána antidepresiva s hormonálním vlivem, která měla potlačit tento pud.

### **Efekt rehabilitace**

Všemi těmito projevy se Petra jakoby autostabilizovala, neboť náhle dostávala adekvátní zpětné vazby na své činy. Postupem času začala Petra pracovat se svými vyhocenými stavy a i v „klidovém“ stavu pracovala na svém projevu. Deprese řešila intenzivní prací, nebo tvůrčí činností, pokud nebyla ani v jednom extrémním období snažila se pracovat na svých návycích. Dokonce přestala kouřit, což vydržela asi jen půl roku. Nyní však kouří jen šest cigaret denně na příděl. Zlepšilo se stolování, péče o vzhled, hygienu, projev vůči ostatním lidem nebyl tak vztahovačný a sebestředný. Na základě toho se i její manický projev zklidnil a přešel v obyčejnou radost a dobrou náladu.

Petra si v rámci pobytu v zařízení udělala sanitářský kurz a následně začala působit v domově důchodců jako dobrovolník. Celkem pravidelně jezdí za svou dcerou a tetou, se kterými je v kontaktu po celou dobu pobytu v zařízení.

Základním důvodem jejího pobytu byla změna životního postoje a návyků klientky s cílem dokončení procesu resocializace. V současné době je Petra stále klientkou terapeutické komunity pro duševně nemocné. Dokončila kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách a nyní se jedná o jejím přesunu do samostatného chráněného bydlení. Petra již dokáže rozlišit správné společenské chování a s tím spojené návyky. Díky pokroku, který udělala, se jí zlepšilo sebevědomí. Nicméně její trauma a následný psychický stav byl natolik vážný, že nevyklučuje možnost zpětného vyvolání patologických tendencí, které se u klientky projevovali. Petra však prokázala velký potenciál a nyní je třeba pouze posílit sebedisciplínu. Klientka prošla chráněným bydlením, které bylo neúspěšné. Jako překážky uvedla špatné hospodaření s financemi a pocity osamění.

Nyní je zpět v terapeutické komunitě, kde má možnost žít v kolektivu lidí a tento stav ji vyhovuje.

Otci i bratrovi Petra odpustila, snaží se kontakt s nimi omezovat a upravovat na nejnужnější. S tetou i dcerkou jsou stále v hezkém vztahu, smutek z nepřítomnosti dcery se však projevuje stále, ale jedná se o projev naprosto adekvátní a uvědomělý. Jedním z dalších cílů Petry je právě častější osobní kontakt s dcerou.

### 3.5.2 Kazuistika č. 2

**Jméno:** Lenka

**Věk:** 26 let

#### **Diagnostika**

Jedná se o svobodnou ženu, které nyní bydlí v pronajatém bytě, dokončuje 2. ročník střední školy sociální péče a služeb. Pracuje jako dobrovolník. Sdělila, že má za sebou víc jak 20 hospitalizací v psychiatrických léčebnách a klinikách. Lékařskou diagnózu má stanovenou jako schizoafektivní porucha, smíšený typ.

#### **Rodinná a osobní anamnéza**

Jak sama uvádí, narodila se jako nechtěné dítě v rodině, kde oba rodiče často pili alkohol. Patologické chování rodičů, jako byly hádky, dokonce i bitky byly na denním pořádku.

Má jednoho staršího bratra a mladší sestru. Výchova byla především v rukou babičky. Po rozvodu rodičů, byla na nějaký čas svěřena do péče matky. Poté vyrůstala s otcem a jeho další manželkou. Po rozvodu rodičů fungovala jako prostředník mezi rodiči, kteří si přes ni vyřizovali své neshody.

Otec Lence postupně zakazoval styky matkou, která za ní docházela bez vědomí otce. Po zjištění této skutečnosti, otec Lence tvrdil, že ji nechává sledovat. V té době se u Lenky začaly projevovat pocity, že ji někdo sleduje.

#### **Lenka**

Ve 12 letech otec Lenku poprvé sexuálně obtěžoval. Tato skutečnost se projevovala asi po dobu dvou let. Lenčin psychický stav byl natolik vážný, že bolest psychickou začala převádět do roviny fyzické, nastalo tak sebepoškozování nejrůznějšího charakteru od přežívání se až po pití nejrůznějších kyselin.

Prospěch ve škole se zhoršoval. Nastala první hospitalizace v nemocnici a poté hospitalizace v psychiatrické léčebně. Během léčby psychoterapeutickými technikami se postupně otvírala Lenčina minulost. Po propuštění z léčebny bydlela u své sestry. Sebepoškozování, ale neustávalo, důsledkem tak byly opakované hospitalizace v psychiatrické léčebně, na chirurgickém oddělení apod. Jak sama při rozhovoru uvedla, sebepoškozování ji naprosto ovládlo, stal se z toho rituál, kterému už sama nedokázala zabránit.

Co se studia týče, nedokončila první ročník gymnázia, následně nastoupila na střední zdravotnickou školu, obor ošetrovatelka. Sama na sebe ovšem kladla dosti vysoké nároky.

V rámci vysoce kladených studijních nároků se projevovala až manicky, kdy byla schopna sedět u studia i v noci. Následkem takovýchto počínů byla obrovská vyčerpanost, která postupně měla až depresivní charakter. Po dohodě s vedením školy studium ukončila. Nastalo období prázdna spousty otázek typu, co bude dál.

Následně nastoupila rehabilitační pobyt v terapeutické komunitě, kde setrvala po dobu pouze dvou měsíců. Dle jejího vyjádření, nebyla schopna vytrvat v rehabilitačním režimu.

Díky svému rozhodnutí, svůj život zasvětit pomoci lidem, nastoupila jako dobrovolník v Domově pro klienty s demencí. Tuto práci, i přes osobní uspokojení nezvládla.

### **Rehabilitace v pobytovém zařízení**

Na začátku roku 2008 opět kontaktovala tutéž terapeutickou komunitu a nastoupila rehabilitační pobyt po dobu osmi měsíců. Jak sama uvádí, tento pobyt byl pro ni nejhorší za posledních osm let.

Její psychický stav se projevoval poruchami nálady, skepse, měla pocit, že je tam za trest. Co se hygienických návyků, stolování, pracovních aktivit nejrůznějšího charakteru týče, bylo vše v normě. Přišla s cílem přestat se sebepoškozováním a nevrátit se zpět do psychiatrické léčebny. Přiznala, že tyto vytyčené cíle nejprve neplnila kvůli sobě, ale kvůli lidem, které měla možnost poznat, a kteří ji měli rádi. Postupem času si uvědomila, že by tyto cíle měla plnit především kvůli sobě. Věděla, že existuje možnost odejít, tak jako vždycky od všeho utéct, ale cítila, že potřebuje hnací sílu, která ji povede kupředu.

Následovalo chráněné bydlení, které bylo pro Lenku osobním úspěchem. Bydlela zde s mladým klukem, taktéž bývalým klientem terapeutické komunity. I přesto, že se znali z předchozího pobytu, nevycházeli spolu a měli neustálé problémy. Zpětně vidí, že neuměla řešit konflikty, někdy nedokázala respektovat jiný názor než svůj. S odstupem času tento pobyt a spolubydlení s výše uvedeným, hodnotí jako přínosné.

### **Efekt rehabilitace**

Pobyt v terapeutické komunitě hodnotí jako osobní úspěch. Naučila se zodpovědnosti, jak za sebe samou, tak za druhé a právě ta zodpovědnost, jak sama uvádí, patří mezi další hnací síly na cestě k uzdravení.

Přínosem pro Lenku, co se rehabilitace týče, bylo naučit se respektovat jiný názor, jiné odlišné charakterové vlastnosti. Podstatné je, že se naučila plánovat den, včetně svého volného času.

Svého životního cíle pomáhat lidem se nevzdala. Cítí se spokojená a šťastná. Bydlí samostatně v pronajatém bytě a pokračuje ve studiu na střední škole sociálních služeb. Sama uznává, že největší překážkou v jejím životě je zvládnání svých emocí, které mají občas extrémně výkyvný charakter. Osobním úkolem je pro ni naučit se zvládat svou emoční nestabilitu, např. pomocí pravidelných návštěv u ošetřujícího psychiatra a psycholožky a eliminovat tak riziko relapsu či sebepoškození.

### 3.5.3 Kazuistika č. 3

**Jméno:** Pavla

**Věk:** 40 let

#### **Diagnostika**

Případová studie o svobodné ženě, které byla diagnostikována Paranoidní schizofrenie. Jde o klientku, která nyní pobývá druhým rokem v terapeutické komunitě. Služby tohoto zařízení využívala již tři roky předtím, než byla dlouhodobě hospitalizována (téměř 6 měsíců) v důsledku relapsu. Má za sebou řadu hospitalizací v psychiatrických léčebnách.

Má syna, který je dnes pravděpodobně v náhradní rodinné výchově a je mu 17 let. Klientka spáchala pod vlivem své nemoci trestný čin žhářství a po dobu dvou let byla ve výkonu trestu odnětí svobody.

#### **Rodinná a osobní anamnéza**

Pavla pochází z úplné rodiny, má 3 sestry. Dětství hodnotí jako dobré, spoustu zážitků si nepamatuje. V kontaktu je dnes pouze s jednou sestrou, která je vdaná a žije v Německu. Před půlrokem byla Pavla u ní na návštěvě. V rodině se neprojevovaly žádné patologické rysy. Vlivem strachu ze špatných známek probíhaly časté útky z domova i ze školy. Tyto útky prováděla už od první třídy základní školy, pokračovaly i po dobu studia na učilišti, které úspěšně dokončila.

## Pavla

Psychické problémy Pavly začaly kolem 14. roku, kdy se začala pod vlivem halucinací sebeпоškozovat. Tyto projevy měly různý charakter, většinou šlo o pořezání se. Dělo se to s úmyslem nikomu neublížit, radši chtěla ublížit sama sobě. U Pavly měly hlasy podobu našeptávačů, kdy jí bylo sdělováno, že má někoho zabít apod. Díky těmto projevům byla hospitalizována ve věku 14-ti let na psychiatrickém oddělení, určeném pro děti. Téměř od svých 16-ti let byly tyto psychiatrické hospitalizace častější.

Po návratu z léčení si přestávala rozumět s rodiči. Panovaly neshody a u Pavly přetrvávalo paranoidní myšlení. Pamatuje si na situaci, kdy nejprve verbálně a poté fyzické napadla vlastní matku. A tento čin byl vstupní branou do výchovného ústavu pro děti a mládež, kde setrvala do svých 18 let. Během této doby byly opět krátkodobé pobyty v psychiatrických léčebnách. Vrátila se domů a do svých 19 let zde žila společně s rodiči.

Našla si práci na statku a snažila se zbavit pocitu viny a zklamání vůči své rodině. Východiskem se pro ni stalo nadměrné pití alkoholu v kombinaci s předepsanými léky. Nastala fáze sebeпоškozování a fáze silných sluchových halucinací. Opět byla nutná hospitalizace v léčebně a po návratu z léčby zjistila, že ji mezitím umřel otec a nikdo z rodiny jí o tom nedal nejmenší zprávu. Rozhodla se odejít a nějakou dobu pobývala v Ostravě, kde první měsíc strávila v zimě na ulici.

Pomoci se Pavle dostalo od jednoho mladého hochy, který ji nechával přespávat ve svém bytě a následně ji sehnal práci. Toto spolubydlení se Pavle nelíbilo, neboť kamarád požíval ve velké míře alkohol. Našla si bydlení na ubytovně, na které si vždycky vydělala práci na nejrůznějších místech. Sama uvedla, že nedokázala vycházet s autoritami.

Při jedné ze vstupních prohlídek do zaměstnání, kde tento lékařský posudek vyžadovali, bylo zjištěno, že je těhotná. Otcem měl být náhodný vztah s mladým mužem, který v té době odcházal na vojnu a o dítě ani o Pavlu nestál. Pavla se přestěhovala k babičce do malé vesničky poblíž Bruntálu. Narodil se jí zdravý syn, ze kterého měla radost.

Mezitím jí umřela matka. Pavla přiznala, že už v tomto období se začaly znovu objevovat sluchové halucinace ve formě hlasů. V r. 1998, pod vlivem těchto hlasů podpálila benzínem obecní úřad a způsobila si tak popáleniny 2. a 3. stupně. Následovalo dlouhé období léčení popálenin a dále pak soud a odsouzení k odnětí svobody na 2 roky, nepodmíněně.

Dodnes tento rozsudek chápe jako křivdu, jelikož si je vědoma, že tento akt žhárství spáchala pod vlivem hlasů. Syn jí byl soudně odebrán z péče, když mu bylo 6 let. Nyní se pravděpodobně nachází v náhradní rodinné péči.

Po návratu z výkonu trestu nastalo období neshod s babičkou a opakované pobyty a také útky z psychiatrické léčebny. Sama uvedla, že po dobu několika hospitalizací jí byla nasazena také elektrokonvulzní terapie.

### **Průběh rehabilitace v pobytovém zařízení**

Pavla při pobytu v terapeutické komunitě neměla problém s obnovováním hygienických návyků, důležitý se jevil spíše denní časový režim. Potřebovala mít pocit bezpečí, jistoty a také mít určitý sociální status, někam patřit. V neposlední řadě také možnost seberealizace a následného uznání.

Postupem času se přesunula do chráněného bydlení, kde Pavla bydlela spolu s bývalou klientkou komunity. Vztah přátelský přešel do vztahu milostného. Pavla přestala užívat předepsanou medikaci a následně začala pít alkohol. Což zřejmě mělo spouštěcí efekt, následoval opětovný pobyt v léčebně.

### **Efekt rehabilitace**

Nyní žije již druhým rokem opět ve stejné terapeutické komunitě, kde se jí dostalo potřebného přátelství, důvěry a pochopení. Uvedla, že hlasy se jí sice v menší míře objevují, ale dokáže tuto situaci řešit pravidelnými návštěvami v psychiatrické ambulanci. Pavla ví, jaké jsou její varovné příznaky, a dokáže případné situace, kdy hrozí relaps sama řešit. V terapeutické komunitě má vůdčí postavení, díky svým zkušenostem. Novým klientům ochotně pomáhá, co se denního režimu týče.

Sebepoškozování již neprobíhá.

Manuální práce, jako např. štípání dřeva je pro Pavlu činnost, pomocí níž se vypořádává se svými vnitřními pocity.

### 3.5.4 Kazuistika č. 4

**Jméno:** Honza

**Věk:** 21 let

#### **Diagnostika**

Honza je mladý svobodný muž, který momentálně žije v terapeutické komunitě po dobu dvou let. Do zařízení byl přijat na žádost rodičů a ošetřující lékařky. Poruchy psychického rázu se u Honzy začaly projevovat kolem 14. věku a postupně se zhoršovaly. Diagnóza v psychiatrické léčebně byla stanovena jako porucha osobnosti, po propuštění do domácí péče se stav Honzy neustále zhoršoval, následovalo přijetí do psychiatrické léčebny v místě bydliště. Poprvé byla nasazena medikace. Došlo k rozporu při stanovení diagnózy, kdy část lékařů byla přesvědčena, že se u Honzy jedná o psychózu a druhá část trvala na původně stanovené diagnóze.

Následoval rehabilitační pobyt v terapeutické komunitě, kde se Honzův stav neustále zhoršoval. Nedokázal komunikovat se svým okolím a byly u Honzy přítomny časté zárazy v myšlení, chování i pohybu. Důsledkem byla opětovná hospitalizace v jiné psychiatrické léčebně, kde mu byla stanovena diagnóza simplexní schizofrenie.

#### **Rodinná a osobní anamnéza**

Honza pochází z úplné rodiny, má 4 další sourozence – dva bratry a dvě sestry. Psychický i fyzický vývoj Honzy probíhal v normě až do věku 14 let, kdy se začaly objevovat poruchy nálad, bolesti hlavy, časté noční pomočování a nekontrolované vylučování stolice. Honza se začal uzavírat do sebe, nekomunikoval s okolím. Časté byly také výbuchy vzteku a verbální i fyzická agrese vůči matce. Nastoupil ke studiu gymnázia, které prospěchově ze začátku zvládal. Vzhledem ke stále zhoršujícímu psychickému stavu, přerušil studium a podstoupil hospitalizaci v psychiatrické léčebně.

#### **Honza**

Honzu jsem poznala jako tichého člověka bez emočních projevů, když nastoupil do terapeutické komunity. Projevoval se podivínským chováním a na dotazy okolí nereagoval. Typickými příznaky byly zárazy různého charakteru, které měly různou intenzitu a různou délku trvání ať už v myšlení, kdy sám nebyl schopen dokončit větu, či ztratil souvislost s tématem.

Zárazy se projevovaly i v Honzově pohybu, dokázal se zastavit a nehnout stát, několik sekund, mezitím pomrkával víčky a byl evidentně mimo realitu. Přetrvávalo bludné myšlení, halucinace spojené s grafomanským vyjadřováním iracionálních představ, kontaktu s mimozemskou energií. Dokázal kreslit tyto obrazce do písku, do jídla, tužkou na papír a vydržel u tohoto úkonu i hodiny.

Z fyziologického hlediska byly přítomny projevy častého pomočování a to jak v době spánku, tak v bdělém stavu při zárazech. Občas se podařilo Honzu vytrhnout z těchto zárazů, ovšem komunikace byla chudá a začaly se objevovat stavy verbální nekontrolované agrese.

Nastala hospitalizace v psychiatrické léčebně, jelikož Honzův stav měl zhoršující charakter a jevil se jako akutní. Během léčení mu byla změněna diagnóza na simplexní schizofrenii.

Honza se po dvou měsících vrátil zpět do terapeutické komunity. Nadále docházelo k zárazům, ale méně častým, také k nekontrolovatelnému úniku moči, někdy i stolice. Postupem času se tyto projevy začaly zlepšit. Na základě blízkého kontaktu, Honza postupně překonal bludné a halucinační stavy, odbourán byl postupně grafomanický projev spojený s iracionálním myšlením. Honza se začal zapojovat do reálného dění a začal vnímat mezilidské vztahy a své postavení.

### **Efekt rehabilitace**

Po 6 měsících dochází pouze k občasnému nočnímu pomočování, během dne se tento projev již nevyskytuje. Účast na denních aktivitách zvládá už mnohem lépe, často je schopen fungovat dlouhé hodiny normálním způsobem. Zajímá se o zahrádkaření a pomocné práce spojené s úklidem zahrady. Tuto práci je schopen vykonávat bez zárazů. Večer je jeho jednání spojené s projevy únavy a u jídla občas dochází k zárazům. Občas je však na základě verbálního kontaktu schopen reagovat na podněty a následně navázat opět kontakt s realitou dění.

Honza je člověk, který onemocněním neztratil vysokou míru své inteligence, přesto však došlo k zjevnému poškození osobnosti a s tím spojených kognitivních funkcí.

Přestože přetrvávají stavy zárazů, je schopen o tomto stavu referovat a popsat jej reálně a smysluplně. Sám uvádí, že se mu v hlavě točí spousta myšlenek a on je nemůže uchopit. Nicméně je stále jen těžko prokazatelné, zda se jedná o reálný náhled či součást psychotického bludného systému.

Pokud je Honzovi věnována patřičná pozornost, což Honzův stav vyžaduje, je při průběhu např. pracovní terapie vidět zlepšování, co se kvalitativního i kvantitativního výkonu týče. Prožitek a reakce Honzy se jeví bohatší a Honza je schopen spontánní zpětné vazby. Honzova rehabilitace je založena na individuálním přístupu a strukturovaném programu, který obsahuje rozvíjení soustředěnosti, vytrvalosti a volných vlastností. Faktem ovšem zůstává, že je dosti omezena komunikace, jsou dny, kdy nepromluví téměř vůbec. Průběh Honzova onemocnění lze přirovnat k termínu „na houpačce“, kdy je patrné intenzivní psychotické prožívání.

Nejbližším Honzovým cílem je možnost navrátit se zpět ke studijním návykům a příprava pro dokončení maturitní zkoušky. Je to ovšem ještě běh na dlouho trať. A nutno dodat, že prognóza jeho onemocnění mu pravděpodobně neumožní tento cíl naplnit.

Honza má velmi silné citové zázemí a podporu ve vlastních rodičích a sourozencích. Zde je nutné připravit program postupných kontaktů a zvládání osobních vztahů, které byly v minulosti díky nemoci negativně zasaženy. Nicméně díky chronickému charakteru psychózy je Honza v procesu psychosociální rehabilitace velmi limitován a předpoklad společenské integrace se zřejmě omezí pouze na fungování v zařízení nebo prostředí, kde mu bude věnována velká míra péče a pozornosti.

### **3.5.5 Kazuistika č. 5**

**Jméno:** Martin

**Věk:** 40 let

#### **Diagnostika**

V této kazuistice se mi nepodařilo získat dostatečné množství informací, které by obsáhly rodinnou anamnézu. Důvodem je Martinova nemoc jako taková, neboť se jedná o chronickou velmi těžkou formu paranoidní schizofrenie, kdy je jedním z defektů špatná paměťová vybavitelnost dřívějších událostí. Martinovi je nyní 40 let, paranoidní schizofrenie mu byla diagnostikována v 18 letech.

### **Rodinná a osobní anamnéza**

Martin pochází ze smíšené řecko-české rodiny, kdy otec byl synem řeckých přistěhovalců, kteří uprchli v 50. letech před občanskou válkou do Československa.

Rodiče se brali poměrně pozdě, Martin se narodil, když měla matka téměř třicet let a otec přes čtyřicet. Rozvedli se v jeho třech letech a Martin byl svěřen do péče otci. Podle Martina se matka po porodu léčila „na nervy“, jeho nejsilnější vzpomínka na ni je interpretací otcova vyprávění, kdy ho matka chtěla jako roční dítě spálit v kamnech.

Otec byl temperamentní autoritativní člověk, který rád holdoval alkoholu a promiskuitnímu životu. Podle Martina se však jeho otec o něj dokázal vždy velice dobře postarat, dbal na to, aby nekouřil, nepil, řádně vystudoval a po té pracoval, pokud chtěl Martin v rámci svého pubertálního vlivu něco bojkotovat, byl za to fyzicky potrestán. Na svého syna byl hrdý už jen proto, že byl jediné jeho dítě.

### **Martin**

Martin byl velice bystré dítě, na základní škole měl dobrý prospěch, poté vystudoval učiliště se strojírenským zaměřením. V průběhu dospívání Martin hodně pil, hrál automaty.

První ataku jeho nemoci má spojenou se situací, kdy ukradl silné léky své babičce, které brala při rakovině plic a kterými se následně předávkoval. Poté se u něj začaly projevat sluchové halucinace, které ho naváděly k tomu, aby hledal fiktivní osoby. Martin byl poprvé hospitalizován v devatenácti letech v psychiatrické léčebně poté, co byl nalezen silně dezorientovaný, halucinující a trpící bludy v Praze. Následovala hospitalizace, nasazení psychofarmak a několikanásobná elektrokonvulzivní léčba.

Po stabilizaci, byl propuštěn domů, kde se o něj staral otec. Martin nebyl schopen se sám o sebe postarat, nebyl schopen hospodařit s penězi, proto ho otec nechal zbavit odpovědnosti ke všem právním úkonům. Při pobytu doma však Martin navštěvoval restaurační zařízení, kde se opíjel, přes to, že bral psychofarmaka. Po tuto dobu Martin nehalucinoval.

S otcem žil Martin téměř do třiceti let až do doby, kdy otec přestal být schopen postarat se dostatečně i o sebe. Následně otce převezli do domova důchodců, Martin zůstal asi měsíc v sám v bytě. V této době začal Martin opět slyšet hlasy, trpět bludy, nakonec byl převezen do psychiatrické léčebny, kde pobýval téměř rok a během této doby byl jeho opatrovníkem určen starosta jeho rodného města.

Po dobu, co Martin pobýval v léčebně, se jeho zdravotní stav značně zhoršoval, byla mu nasazená silná psychofarmaka a dále pak absolvoval maximální počet elektrokonvulzivních zákroků.

Během Martinova pobytu v léčebně zemřel jeho otec, což mu bylo oznámeno, až delší dobu poté, co otec zemřel.

Po necelém roku pobytu se jeho kognitivní funkce zhoršili natolik, že nebyl schopen souvisle hovořit, nedokázal sám vyjít schody, rozpoznávat lidi, výraz jeho obličeje připomínal grimasu.

Martin byl v roce 2000 vybrán jako potenciální klient tou dobou nově vzniklého o. s. Ester, které v rámci projektu MATRA realizovalo chráněné komunitní bydlení pro lidi s duševním onemocněním.

### **Rehabilitace v pobytovém zařízení**

V případě Martina bylo nutné začít obnovovat téměř všechny sociální dovednosti včetně komunikace verbální a mezilidské, volní vlastnosti v neposlední řadě minimální pracovní dovednosti nebo návyky.

Ze začátku rehabilitace byl nutný individuální, velice specifický přístup, který se v práci s Martinem začal projevovat jako pozitivní. Martin se neorientoval ve vztahových vazbách a vztazích vůbec. Bylo nutné získat důvěru a zvýraznit rozdíl mezi zdravotnickým a sociálním přístupem.

Během tohoto procesu docházelo u Martina k výraznému zlepšení komunikačních schopností jak verbálních, tak co se mezilidských vztahů týče. Postupem času byl schopen dodržovat charakteristický režim chráněného bydlení, do kterého spadaly denní programy, pracovní terapie, režim kouření (6 cigaret denně) apod. Halucinace se od poslední hospitalizace neprojevovaly. Jediným psychotickým příznakem bylo bludné myšlení obsesivního charakteru, které však dokázal Martin jakoby regulovat nebo neprojevovat pokud byl upozorněn. Sám se naučil uvědomovat si, kdy jsou bludy nepříjemné jeho okolí.

Martin zůstal ve službách o.s. Ester dodnes, nyní je jako klient terapeutické komunity. Během celé této doby kdy využíval sociální služby dané organizace, prodělal pět relapsů.

Ve třech případech výrazně zhoršeného stavu musel být Martin hospitalizován v psychiatrické léčebně, po dobu minimálně dvou až tří měsíců. Ke zhoršení zdravotního stavu docházelo především v důsledku „odchylky v režimu“, kterou Martin vyhodnotil jako stresor a měl dopad na jeho zdravotní stav. Nyní je Martin komunikativní, dokáže ve většině případů vyhodnocovat situace, fungovat v komunitě, přijmout pravidla, plně se projevuje pocit zodpovědnosti za své činy dokonce za ostatní členy komunity.

### **Efekt rehabilitace**

Souhrnem lze říci, že Martin je schopen plně fungovat v rámci komunity, které je členem. Složitější úkony jako je hospodaření s penězi, vaření nebo nejrůznější technické úkony nezvládá bez podpory, nicméně i toho si je vědom a daný problém pojmenuje. Díky rehabilitaci se u Martina obnovila nejen schopnost interakce s okolím, fyzické dovednosti v rámci jeho možností, ale také „element morální“, což lze vyhodnotit jako nejdůležitější prvek pro Martinovu společenskou roli, kdy se jedná o člověka s takto závažnou psychiatrickou diagnózou chronického charakteru.

## **3.6 Závěr výzkumu**

Všichni výše zmiňovaní respondenti prošli hospitalizací v psychiatrických léčebnách, někteří z nich vícekrát, byla jim stanovena diagnóza a následně farmakologická léčba, což je v prvopočátcích nemoci nebo při relapsech stěžejní.

Na jednotlivých příkladech kazuistik bylo ukázáno, jak nezastupitelnou složku v oblasti rehabilitace duševně nemocných zastávají střediska následné péče, konkrétně pobytového charakteru.

Charakteristické pro toto pobytové zařízení je přítomnost určitého denního režimu, strukturovaný program s nabídkou pracovních a volnočasových aktivit, což vede k prevenci relapsu a tedy opětovnému návratu zpět do psychiatrické léčebny. S klienty se pracuje intenzivně a téměř po celý den. Důležitým faktorem je obnovování sociálních a hygienických návyků, trénink zacházení s financemi, plánování dne, což přispívá k resocializaci.

Nesmím opomenout, že potřebnost následné péče je individuální. Záleží na několika proměnných, např. v jakém stádiu nemoci se člověk nachází a jaké z toho plynou důsledky, jak moc je poškozena osobnost nemocného, jaké má sociální zázemí, jestli může samostatně bydlet, obnovování sociálních a hygienických návyků, potřeba pomoci při obnovování komunikačních dovedností, potřeba obnovování pracovních návyků, potřeba trávení volného času atd.

Vzhledem k rozmanitým projevům psychické nemoci a vzhledem k potřebnosti respondentů, bylo nutné nastoupit do pobytového zařízení, kde je větší možnost věnovat se těmto klientům individuálně po celý den. Klienti mají možnost setrvat v pobytu po dobu nejméně rok. V případě nedostačujícího časového prostoru, mohou setrvat i déle. Tato doba je dána potřebností péče.

Potřeby byly různé, ať už se to týkalo oblasti bydlení, seberealizace, možnosti bydlet v kolektivu lidí, potřeby soukromí, nebo jiných potřeb.

Z uvedených kazuistik a efektů rehabilitace je zřejmé, že potřeby klientů se různili. Někteří z nich mají možnost žít samostatněji, dokonce i mimo pobytové zařízení. U chronicky duševně nemocných klientů, specificky těch, kteří již nemají žádné sociální zázemí v podobě rodiny nebo nejsou nadále schopni osamostatnit se na takovou úroveň, jaká je potřebná např. v chráněném bydlení, vyvstává otázka, co s nimi bude dál. Pobyt v terapeutické komunitě by měl být krátkodobý a neměl by přesahovat dobu delší než dva roky, jinak hrozí reálné riziko, že se klient stává na sociální službě naprosto závislý. Jako možné řešení situace takovýchto klientů v oblasti bydlení se mi jeví zřízení domova pro lidi s duševním onemocněním, tedy formy bydlení podobné jako je tomu u domovů pro seniory.

Výsledky výzkumu jednotlivých případových studií jsou uvedeny pod danou kazuistikou jako efekt rehabilitace.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice duševně nemocných. Teoretická část přinesla poznatky v oblasti definic jednotlivých diagnóz, jejich příznaků popř. příčin vzniků onemocnění.

Část věnovaná rehabilitaci nám ukazuje systém, jehož součástí je psychiatrická hospitalizace s použitím resocializačních, rehabilitačních a psychoterapeutických technik, které mají pacientovi dát náhled na svoji nemoc, naučit ho rozeznávat vlastní varovné příznaky a vyhnout se spouštěcím faktorům do budoucna. Podklady pro tuto část práce jsem čerpala z online zdrojů a ze své studijní stáže.

Následně, pokud to vyžaduje stav pacienta, je nutné podstoupit rehabilitaci buď v oblasti práce, bydlení nebo trávení volného času.

Pro zpracování výzkumu byl použit výzkum kvalitativní se zpracováním pěti případových studií, pomocí rozhovoru a pozorování.

Praktická část nám dokázala rehabilitační efekt pobytového zařízení na jednotlivých případových studiích.

Lidé s duševním onemocněním patří do naší společnosti už od pradávna, stejně tak jako lidé zdraví, lidé s určitým zdravotním hendikepem a lidé jinak sociálně a zdravotně potřební.

Nesou si ovšem s sebou určitý hendikep v oblasti komunikace a sociálních interakcí. Nemůžeme tedy opomenout, že tato skupina lidí je nějakým způsobem zdravotně a sociálně potřebná. Vždyť duševní onemocnění může být stejně tak vážné, jako onemocnění somatického charakteru. A tento fakt spousta zdravých lidí v naší společnosti opomíná.

Nesčetněkrát jsem byla svědkem nebo přímým účastníkem diskuzí, kdy tito lidé nemají v naší společnosti místo a je potřeba je hlavně izolovat od společnosti, nejlépe formou nějakého ústavu, kde by mohli být zavřeni a nemohli naší společnosti ublížit. Vždyť mohou být nebezpeční, přece jsou to „blázni“ a „blázni“ nevědí, co dělají.

S tímto názorem a jemu podobnými se samozřejmě neztotožňuji. Jsou to předsudky, které pramení z nedostatečné informovanosti o dané problematice a o duševním onemocnění jako takovém. Tyhle předsudky společnosti nejčastěji vedou k tomu, že člověk psychicky nemocný si tak s sebou nese určité stigma své nemoci.

K jednomu z cílů programů resocializace a rehabilitace patří také odbourávání stigma duševně nemocných.

Vzdělávacími a osvětovými programy zaměřenými na problematiku duševně nemocných bychom mohli docílit určité informovanosti veřejnosti o tomto typu onemocnění.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- ELGIE, R., AMERONGEN API, BYRNE P. (ed.) a kol., přeložil Richard Rokyta. *Objevte cestu, jak jít dál: podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie*. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-903750-2-2.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.). *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PRAŠKO, J. a kol. *Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X.
- ŠVARŤÍČEK R., ŠEĐOVÁ K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

**SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ**

STROSSOVÁ, IRENA. Zvláštnosti psychoterapie psychóz a nároky na terapeuta. In *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*. [online]. Zprávy VÚPs, Praha: Tiskařské závody, 1984. [cit.20.4.2011]. Dostupné z <http://www.pl.opava.cz/SKUPPST.htm>

STROSSOVÁ, IRENA. Organizace terapeutické skupiny. In *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi*. [online]. Zprávy VÚPs, Praha: Tiskařské závody, 1984. [cit.20.4.2011]. Dostupné z <http://www.pl.opava.cz/SKUPPST.htm>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

KBT- Kognitivně-behaviorální terapie

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

o.s. – Občanské sdružení

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA PI: MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ MKN F20-F29

# **PŘÍLOHA P I: MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ DLE MKN F20-F29**

## MKN F 20 – F 29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

### **F20 Schizofrenie**

- F20.0 Paranoidní schizofrenie
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 Poschizofrenní deprese
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Simplexní schizofrenie
- F20.8 Jiná schizofrenie
- F20.9 Schizofrenie nespecifikovaná

Specifikace průběhu pomocí pátého znaku

- F20.x0 Chronický
- F20.x1 V atakách s postupným defektem
- F20.x2 V atakách se stabilním defektem
- F20.x3 V atakách s remisemi
- F20.x4 Neúplná remise
- F20.x5 Úplná remise
- F20.x8 Jiný
- F20.x9 Období pozorování kratší než jeden rok

### **F21 Schizotypní porucha**

## **F22 Trvalé duševní poruchy s bludy**

F22.0 Porucha s bludy

F22.8 Jiné trvalé poruchy s bludy

F22.9 Trvalá porucha s bludy nespecifikovaná

## **F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy**

F23.0 Akutní polymorfní psychotická poruch bez příznaků schizofrenie

F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie

F23.2 Akutní schizoformní psychotická porucha

F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů

F23.8 Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy

F23.9 Akutní a přechodná psychotická porucha nespecifikovaná

Pátý znak označuje eventuální přítomnost přidruženého akutního stresu:

F23.x0 Bez spojitosti s akutním stresem

F23.x1 Ve spojitosti s akutním stresem

## **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 Nespecifikovaná neorganická psychóza**

(Zdroj: Malá, E., Pavlovský, P. Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.)