

U N I V E R Z I T A K A R L O V A  
V P R A Z E  
E V A N G E L I C K Á T E O L O G I C K Á F A K U L T A

V Ý Z N A M K O M U N I T N Í P É Č E V R E H A B I L I T A C I L I D Í S E  
S C H I Z O F R E N Í Í

B A K A L Á Ř S K Á P R Á C E

Autor:	Jana Ondráková, DiS.
Katedra:	Sociálně pedagogická
Vedoucí práce:	Mgr. Anna Klimešová
Studijní program:	B7502 Sociální práce
Studijní obor:	Pastorační a sociální práce
Přidělovaný akademický titul:	Bc.
Rok odevzdání:	2007

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem *Význam komunitní péče v rehabilitaci lidí se schizofrenií* napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.
2. Souhlasím s tím, aby byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 8. 6. 2007

Jana Ondráková

## Význam komunitní péče v rehabilitaci lidí se schizofrenií

### Importance of community care in rehabilitation of people with schizophrenia

Psychóza je pojem označující oblast nemocí s podobnými příznaky. Mezi psychózy patří i schizofrenie. Je to závažné duševní onemocnění, které propuká v mladém věku, a tak se může podepsat na dalším průběhu celého života nemocného. Z toho důvodu je nesmírně důležité, aby byla pacientovi dostupná správná a včasná pomoc k rehabilitaci. V této práci rozlišuji především dva druhy komunit. Jedná se o komunitu občanskou, což je přirozené prostředí, ve kterém člověk žije. Dále se zabývám komunitou terapeutickou. Význam komunity občanské vidím hlavně v prevenci duševních nemocí a včasném zachycení psychotického onemocnění.

Komunita terapeutická pomáhá člověku se schizofrenií upevňovat vztahy a získávat jistotu v komunikaci a životě mezi lidmi, členy komunity. Další Prioritou komunitní péče je integrovat handicapované občany zpět do společnosti. Poskytovat péči co nejdéle to jde v přirozeném prostředí pacienta. Minimalizovat hospitalizace a zkracovat dobu hospitalizací na dobu nezbytně nutnou. Předností komunitní péče je tedy orientace na následné služby po propuštění z psychiatrického zařízení.

Psychosis is a word for illnesses with similar symptoms. Schizophrenia is also a psychosis. It is a serious mental illness starting in early age and that is why it can influence the continuity of life of disordered person. This is the reason why it is very important that the disordered person can easily get the right and early help by rehabilitation. I make a difference between two kinds of community in this thesis. First community is civic which is natural environment where everybody lives. The other community I am witting about is therapeutic one. For

me the importance of civic community is mainly in prevention of mental disorders and early interception of psychotic disorder.

The therapeutic community helps the disordered schizophrenic person with fixing relationships and getting self-confidence in communication and in life between other people, members of community. The other priority of community care is to integrate handicapped people back to the society. The easiest way to provide the helps is in the natural environment of disordered person. The aim of community care is to minimize the number of hospitalizations and shorter the period if hospitalization is necessary. The advantage of community care is orientation in after-care after the release from bed care.

Soupis klíčových slov: List of key words:

Komunita - community

komunitní péče – community care

komunitní terapie – community therapy

sociální péče – social care

schizofrenie - schizophrenia

rehabilitace - rehabilitation

rodina - family

prevence - prevention

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Anně Klimešové za zájem, připomínky a čas, který věnovala mé práci.

# Obsah

ÚVOD.....	7
1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	9
1.1 Sociální péče.....	9
1.2 Rehabilitace.....	9
1.3 Komunita.....	9
1.3.1 Druhy komunit.....	10
1.4 Psychóza.....	11
1.5 Schizofrenie.....	12
2 DYNAMIKA SCHIZOFRENIE.....	13
2.1 Příznaky nemoci.....	14
2.2 Průběh onemocnění.....	14
3 HISTORIE KOMUNITNÍ PÉČE.....	16
3.1 Začátek dvacátého století.....	17
3.2 Šedesátá léta.....	17
3.3 Sedmdesátá a osmdesátá léta.....	18
3.4 Devadesátá léta.....	19
4 KOMUNITNÍ PÉČE A JEJÍ ROLE V OBČANSKÉ SPOLEČNOSTI PŘI REHABILITACI OSOB SE SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	20
4.1 Komunitní pracovník.....	22
4.2 Nevýhody komunitní péče.....	23
4.3 Ekologický pohled.....	24
4.4 Case management.....	24
5 RODINA JAKO SPECIFICKÁ KOMUNITA.....	26
5.1.1 Význam rodiny v rehabilitaci schizofrenie.....	27
6 TERAPIE PSYCHÓZ.....	30
6.1 Farmakoterapie.....	31
6.2 Expresivní terapie.....	32
6.3 Rodinná terapie.....	33
6.4 Socioterapie.....	34
7 KOMUNITNÍ TERAPIE.....	36
7.1 Komunitní péče v rehabilitaci schizofrenie.....	37
7.1.1 Psychoedukace.....	40
8 KOMUNITA JAKO PREVENCE.....	41
9 VÝSTUPNÍ TEZE.....	43
ZÁVĚR.....	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	49

## ÚVOD

Potřeba zabývat se komunitní péčí vychází ze znovuobjevení komunitního přístupu v oblasti sociální práce obecně. V této práci se zaměřuji na okruh péče či terapie lidí s duševním onemocněním se zřetelem na schizofrenii. U této nemoci vidím nevyužitý potenciál komunitní péče, zatímco v jiných oblastech sociální rehabilitace se již aplikuje. Specifika schizofrenie jsem začala objevovat v době, kdy touto nemocí onemocněl člověk z mého blízkého okolí. To se tak ocitlo tváří tvář nemoci, o které nikdo nevěděl téměř nic. Všichni, komu na tomto člověku záleželo, se dali cestou objevování informací o projevech, příznacích a léčbě této nemoci. Nakonec se sami lidé z okolí pacienta stali nedílnou součástí jeho léčby a úspěšného návratu do zajetých kolejí života zdravého člověka.

Život ve skupině byl od začátku civilizací přirozenou součástí života každého jedince. S příchodem průmyslové revoluce v devatenáctém století, přicházelo i postupné zpřetrhání rodinných a místních vazeb člověka s okolím, ve kterém žije. Až poté postupně začalo vycházet najevo to, že nám tento způsob pradávného společenského uspořádání nějakým způsobem chybí. Problematika sociálně-deviantních jevů se stávala aktuálnější současně s rozmachem industrializace a urbanizace. S tímto obdobím máme také spojený termín odcizení, který je stále více aktuální. Typickým příkladem je život v mnohapatrovém panelovém domě na velkém anonymním sídlišti. Osoby zde žijící nemají společné zájmy a hodnoty nebo je společné mají, ale neví o tom. Žijí sice v témže domě, ale nescházejí se, nevidají se, ani se neznají. Obyvatelé bytů se často mění a vzhledem k množství rodin o sobě nemají žádný přehled. Nevědí, kdo je jejich sused, natožpak zda má nějaké problémy. U člověka s příznaky psychotického onemocnění může zůstat nemoc nerozpoznána a nerušeně se rozběhnout. Léčba je pak těžší, delší a je zde riziko trvalých následků.

*Cílem mé práce* je vymezit, jaké místo komunitní péče zaujímá v rehabilitaci osob nemocných schizofrenií, jaké postavení měla v minulosti a jak by tomu mohlo být do budoucna. V čem spočívají specifika, klady i nedostatky.

V této práci se nejdříve věnuji vymezení pojmů sociální péče, komunita, psychóza, rehabilitace a schizofrenie. Informuji o tom, jak schizofrenie probíhá a jaké jsou možnosti léčby této nemoci. V druhé části textu se podrobněji zabývám komunitní péčí, jejím přínosem a pozicí, kterou zaujímá v léčbě psychotického onemocnění v dnešní době. K ucelení představy o komunitní péči zde uvádím historii vývoje tohoto směru sociální práce. Zaměřuji se na rodinu jako specifickou komunitu, také na rodinnou terapii, socioterapii, expresivní terapii, psychoterapii a komunitní terapii, v souvislosti s komunitní léčbou schizofrenního onemocnění. V práci kladu důraz na preventivní význam komunity. V posledním oddílu uvádím teze k posouzení dalšího využití komunit v České republice.

# 1 VYMEZENÍ POJMŮ

## 1.1 Sociální péče

„Sociální péče vyplývá ze společenské solidarity a spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný rozvoj jednotlivce“<sup>1</sup> V práci se zaměřuji především na komunitní přístup v sociální péči o občany s duševním onemocněním.

## 1.2 Rehabilitace

Rehabilitace jako obecný pojem, dle slovníku cizích slov, znamená návratnou péči nebo navrácení porušené funkce.<sup>2</sup> V psychologii tímto pojmem označujeme nejčastěji péči o zpětné začlenění člověka do každodenního života, po odeznění příznaků duševního onemocnění.<sup>3</sup>

## 1.3 Komunita

Pojem komunita má mnoho definic:

Z hlediska *sociologického* je to souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku.

*Psychologický* výklad vidí komunitu jako typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřazenosti a podřazenosti, čímž se dosahuje lepší

---

<sup>1</sup> Matoušek, 2003, s. 210

<sup>2</sup> kolektiv autorů, 1995

<sup>3</sup> Hartl, 1997

komunikace a spolupráce. Tento výklad je vzhledem k tématu pro tuto práci stěžejní.

Dalším, pro nás důležitým výkladem pojmu komunita, je jeho zúžení na malou skupinu. Tvoří ji lidé spojeni vzájemnými emočními pouty, stejným zájmem, cílem či vědomím posláním. „*Taková komunita utváří u svých členů určité hodnotové cítění a vidění světa. Z tohoto hlediska se ke komunitám mohou řadit například tradiční skupiny, jako je rodina.*“<sup>4</sup>

Obecně se dá pojem komunita charakterizovat jako pospolitost, která je dána zvláštním typem vnitřních vazeb a jejím zařazením do širšího sociálního prostředí.<sup>5</sup> Komunitu dále můžeme vymezit i jako místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.<sup>6</sup> Tato poslední definice je již velice zobecněným výkladem.

### 1.3.1 Druhy komunit

V praxi se můžeme setkat s různými komunitami. Vybrala jsem ty nejpodstatnější, které jsou nedílnou součástí lidské společnosti. *Občanskou komunitou* se má na mysli společenství osob, které ve společném prostoru vykonávají každodenní aktivity. *Výcviková komunita* je společenství osob, které se zaměřuje na sebepoznání, nácvik dovedností a postojů. *Terapeutická komunita* značí specifickou formu organizace léčebné instituce, která umožňuje otevřenou komunikaci všech členů zařízení včetně pacientů, jejich spolurozhodování a podílení se na léčbě. *Spirituální komunita* je společenství osob, které sdílí podobné myšlenky a ideje a snaží se společně o duchovní rozvoj, někdy i žijí ve společném prostoru.<sup>7</sup> Příbuznými pojmy jsou také např. komunitní pedagogika, komunitní politika.

---

<sup>4</sup> Kraus, 2001, s. 119

<sup>5</sup> Hartl, 1997

<sup>6</sup> Matoušek, 2003

<sup>7</sup> Matoušek, 2003

Společným jmenovatelem všech výše zmíněných typů komunit je společenství osob, které má společné cíle. V této práci se zabývám komunitou občanskou a terapeutickou. Věnuji se také *užšímu pojetí komunity*, kam patří i rodina, a dále zde hojně používám pojmu *komunitní péče*, což je směřování k takovému uspořádání služeb pro skupiny „na okraji“ (hendikepované, duševně nemocné apod.), aby tyto osoby mohly zůstat se svým problémem ve své komunitě a žít v ní plnohodnotný život. Tento přístup je opakem institucionální péče. Ta předpokládá, že péče v ústavu je lepší a méně složitá. V práci také narazíme na pojem *komunitní plánování*, což je zjišťování dostupnosti sociálních služeb v dané lokalitě a zároveň potřeb, které nejsou naplněny. Následkem tohoto zjištění a vzájemných konzultací vzniká komunitní plán. Zadavatelé komunitních plánů jsou nejčastěji obce a kraje.<sup>8</sup>

## **1.4 Psychóza**

Abychom mohli aplikovat komunitní přístup na problematiku schizofrenního onemocnění, musíme poznat nemoc samotnou. Termín psychóza je složen z řeckého „*Psyché*“ – tzn. duše a koncovky „*óza*“, která v medicínském významu označuje nemoc. Slovo psychóza tedy znamená duševní nemoc či nemoc duše. Psychóza je společným pojmem pro nemoci, které se v první řadě vyznačují bludy, halucinacemi a poruchou afektivity. Dále také dezorganizovanými projevy a poruchou vnímání reality. Psychóza je duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k sobě samému a také k okolí. V průběhu nemoci dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života člověka. Je to progredující rozpad celé osobnosti, který postihuje zejména emocionální složku. Projevuje se poruchou citů, myšlení, jednání a tendencí odvracet se od reality. Psychózu řadíme mezi ty nejzávažnější psychické nemoci. Člověk s psychózou považuje změny ve svém okolí za skutečné, postrádá tedy náhled na nemoc.

---

<sup>8</sup> MPSV, 2004

Pro psychotické onemocnění jsou charakteristické:

1. *poruchy vnímání* – nemocný vnímá patologické vjemy, které nemají reálný podklad. Těmto vjemům říkáme *halucinace* (falešné smyslové vjemy jako např. vidiny, hlasy, chuťové, tělové či útrobní halucinace) atp.

2. *poruchy myšlení* – u nemocného je poškozena schopnost interpretovat realitu. V tomto smyslu hovoříme o *bludech* (falešných přesvědčeních jako např. přesvědčení nemocné osoby, že je někým pronásledována, že je obdařena nadpřirozenou mocí, bludy o významném původu nemocného) atp.

## 1.5 Schizofrenie

Jedním z druhů psychotické nemoci je *onemocnění schizofrenního okruhu*. Do tohoto okruhu patří poruchy zařazené v mezinárodní klasifikaci nemocných do kategorie F20-F29 s názvem *Schizofrenie, schyzotypní poruchy a poruchy s bludy*.<sup>9</sup> Vyznačují se hlubokým narušením vztahu k realitě. Typickým příkladem psychotické poruchy je *schizofrenie*. Prevalence schizofrenie se pohybuje od 0,2 až 1 % populace ve všech zeměpisných oblastech světa a všech etnických skupinách. Schizofrenie vzniká nejčastěji v mladém věku, v rozmezí 16 – 25 (u žen až 35) let. Incidence je u obou pohlaví stejná.<sup>10</sup> Vzhledem k tomu, že se toto závažné onemocnění objevuje v časném věku, může podstatně ovlivnit celý další život nemocného. Příčiny vzniku schizofrenie nejsou známy, ale je zřejmé, že riziko onemocnění zvyšují některé faktory - dědičnost, dlouhodobý nebo opakovaný stres, prostředí apod. V současné době tedy převládá názor, že na vzniku schizofrenie se podílejí jak genetické, tak vnější vlivy.<sup>11</sup> Nás v této práci zajímají především vlivy sociálního prostředí.

<sup>9</sup> Svoboda, Češková, Kučerová, 2006

<sup>10</sup> Svoboda, Češková, Kučerová, 2006

<sup>11</sup> Svoboda, Češková, Kučerová, 2006

## 2 DYNAMIKA SCHIZOFRENIE

Tato kapitola vznikla proto, aby si čtenář mohl lépe zasadit získané informace o příznacích a průběhu nemoci do kontextu aplikace komunitní péče na léčbu psychóz. Vzhledem k tomu, že stěžejním tématem této práce není duševní nemoc schizofrenie, ale význam komunity v léčbě této nemoci, jsou níže uvedené informace pouze základním vhladem do problematiky průběhu tohoto onemocnění.

Onemocnění může předcházet dlouhé období, kdy se člověk postupně mění, uzavírá se a přerušuje sociální kontakty. Lidé se cítí podivně, bez radosti, s nepochopitelným napětím, obavou či únavou a nemohou se soustředit. „*Postupně mohou ztrácet sociální kontakty zcela a začnou se uzavírat do svého vlastního fantazijního světa.*“<sup>12</sup> Člověk tak přestává být schopen studovat, pracovat, vytvářet přátelství, budovat rodinné a intimní vztahy. V tomto období pacient hodně trpí. Jsou na něj kladeny nároky jako na zdravého, ale on cítí, že s ním není něco v pořádku a že své základní povinnosti buďto nezvládá nebo jsou něčím narušovány. Toto období může trvat velmi dlouho. Rodina se často podivné chování svého člena snaží nějak obhajovat a pomoc vyhledá, až když se situace vyhrotí. V případě, že by nemocný člověk měl kolem sebe dobré sociální zázemí, je pravděpodobné, že by se na nemoc přišlo dříve, což by bylo příznivé pro její léčbu. Člověk, který potenciálního nemocného zná, ví jaké má vlastnosti a projevy chování. Proto poměrně brzy zaregistruje, že se dotyčný člověk s rozvíjející se schizofrenií chová nějak nápadně, nepřiměřeně či dělá věci, které nejsou vlastní jeho osobě.

---

<sup>12</sup> Kolektiv autorů, 2005, s. 11

## **2.1 Příznaky nemoci**

Charakteristické příznaky schizofrenie lze rozdělit do dvou hlavních okruhů na *pozitivní* – ty jsou charakteristické především produktivním stádiem schizofrenie a patří mezi ně halucinace, bludy a nadměrná aktivita. *Negativní* příznaky, které následují, charakterizuje anhedonie, málomluvnost, snížení nebo vymizení motivace, problémy s rozhodováním atp. Dále jsou součástí nemoci také kognitivní příznaky, kde jsou stěžejní potíže s pamětí, a afektivní příznaky, kde převažují deprese, úzkosti atp.<sup>13</sup> S postupující chorobou se u nemocného objevují další nezvyklé rysy: zvláštnosti v oblékání, chování, jídle, podrážděnost, vztahovačnost, neklid, nespavost, deprese atd. Člověk trpící schizofrenií si při vnímání okolí nedokáže vybrat důležité podněty a nevšímá si podnětů bezvýznamných. Je "rušen" veškerým okolním děním i vlastními myšlenkami, které nemá pod kontrolou. Uniká mu tak například i obsah jednoduchého rozhovoru. Tyto problémy se stupňují až dojde k úplnému propuknutí psychotické ataky, kdy se všechny příznaky objevují intenzivně a bez přestání. V takovémto stavu bývá pacient nejčastěji hospitalizován.

## **2.2 Průběh onemocnění**

Průběh schizofrenie může být velmi různorodý, stejně tak i jeho prognóza. Z pravidla platí, že onemocnění, které má náhlý a bouřlivý počátek, mívá i lepší prognózu než varianta schizofrenie, která začíná pomalu. Počátek onemocnění se projevuje celkovým neklidem, nejistotou a úzkostí, ale i pocitem, že se děje něco, co si pacient nedovede vysvětlit. Člověk přestává rozumět světu, nevyzná se v sobě ani okolním dění. Zdá se mu, že se vše náhle změnilo. Jak nemoc pokračuje, nastane období, kdy se nemocnému najednou všechno vyjasní. Už si dovede vyložit, co se děje, ale toto vysvětlení je patologické a neodpovídá skutečnosti. Schizofrenie se zpravidla objevuje v epizodách (atakách) nebo posléze v opakováních (relapsech). Relapsy většinou nevznikají náhodně, ale

---

<sup>13</sup> Kolektiv autorů, 2005

bývají vyprovokovány stresem nebo vysazením léků nemocného.<sup>14</sup> Při hospitalizaci a ještě minimálně několik let po ní, je třeba medikamentózní léčba. A to je právě doba, kdy by měl být pacient ušetřen stresem, ale zároveň se navracet do pracovního či studijního procesu, aby jeho „výpadek“ nebyl dlouhodobý a tím i nenavratitelný.

*Léčitelnost onemocnění se případ od případu liší. Vývoj nemoci ani jeho vyléčení nemůžeme nikdy dopředu odhadnout. Lékař nemůže říct rodině ani nemocnému, jaké jsou vyhlídky probíhající nemoci. Může mu akorát doporučit, čím návrat akutní fáze onemocnění nevyprovokovat. „Je známo, že třetina nemocných se plně uzdraví, u druhé třetiny se nemoc čas od času vrací a poslední třetina nemocných má průběh chronický, který v různé míře narušuje jejich život.“*<sup>15</sup> Úspěšné začlenění do společnosti je úkolem nejen pro pacienta a jeho ošetřujícího lékaře, ale i pro pacientovo okolí. Kromě rodiny hrají v tomto procesu důležitou roli i občanská sdružení, různé organizace následné péče, centra či stacionáře, jejichž posláním je těmto pacientům pomoci naučit se žít v nechráněném prostředí. Průběh onemocnění ovlivňuje i přirozená komunita daného pacienta.

---

<sup>14</sup> Kolektiv autorů, 2005

<sup>15</sup> Kolektiv autorů., 2005, s. 18

### **3 HISTORIE KOMUNITNÍ PÉČE**

Kam až dosáhne vědění badatelů o lidské civilizaci, všude se objevuje člověk jako člen nějaké skupiny. Spolu s rozvojem, vznikaly možnosti zůstat déle na jednom místě, takže se tyto skupiny mohly spojovat do větších celků - komunit, které měly i geograficky určený prostor k životu. V rámci těchto společenství vznikaly souběžně i komunity náboženské. Během osídlování kontinentů, rozvoje civilizace a vznikání měst byla ještě stále komunita přirozenou a neuvědomovanou součástí života lidí. Ve čtvrti, kde tehdejší člověk bydlel, znal své sousedy, mohl vyprávět, co dotyčný dělá a z jakých důvodů. Věděl, jak se jeho sousedům zrovna daří. Znal prodavačku, která prodává v krámku s potravinami, stejně jako tu, co prodává květiny.

Člověk s nastupující psychózou by byl v takovémto prostředí všem nápadný, okolí by vědělo, že se s ním něco děje a mohlo by začít včas jednat. Kdyby tento člověk mohl v komunitě nadále žít, pomohla by mu získat ztracenou jistotu a rovnováhu. Vědět, kam patříme, je důležitější, než si leckdy uvědomujeme. Pro člověka trpícího schizofrenií to platí dvojnásob. Historii komunitní péče lze chápat jako příběh objevování potřeb a přetváření sociálního systému na takový, který by byl schopen tyto potřeby uspokojovat. Operujeme zde s pojmem komunitní péče především ve smyslu možného přístupu k sociální práci. Uvědomování si komunity přirozené a aplikování komunity terapeutické, vzešlo právě z vývoje komunity jako druhu sociální práce.

#### **3.1 Začátek dvacátého století**

Vývoj psychoterapie v té době směřoval k rozkladu lidské psychiky na co nejmenší jednotky, které byly hledány v asociacích, či naučených reakcích. V opozici k těmto směrům se od počátku vyvíjely teorie stavějící na první místo

porozumění celku prožívání a potřeb člověka. Trendy v psychoterapii ovlivňují i sociální práci jako takovou, která z těchto poznatků čerpá.

Doba průmyslové revoluce byla charakteristická urbanizací a industrializací, což mělo za následek větší množství sociálních problémů. Musely se začít hledat i nové způsoby sociální práce. Zjišťovalo se, že je nutné pracovat nejen s jednotlivci, kteří pomoc potřebují, ale také s jejich rodinami a okolím.<sup>16</sup> Zatímco Hartl popisuje počátek rozvoje komunit v dvacátém století, kdy cíleně vznikala první komunitní centra,<sup>17</sup> Matoušek vidí rozvoj komunitního přístupu ve století devatenáctém, kdy bylo trendem, že sociální pracovníci nebo dobrovolníci navštěvovali přirozené komunity, kde se snažili působit.<sup>18</sup> Každopádně se postupem času stala komunitní péče nejen prostředkem pomoci pro sociálně slabé, ale i způsobem jak něčeho dosáhnout a jak život komunity ovlivňovat.

### **3.2 Šedesátá léta**

Byla to doba, kdy probíhaly studentské revoluce, zvyšovalo se užívání drog mezi mládeží a také rostla kriminalita. V té době působilo v USA hnutí Hippies, které bylo typickou občanskou komunitou, jež odpovídala potřebám změny v tehdejší společnosti. Komunitní práce jako taková se rozvíjela hlavně ve Spojených státech a Anglii. Kvůli válce ve Vietnamu, kterou měla Amerika za sebou, byly otázky duševního zdraví v popředí zájmu. Také neutěšený stav psychiatrických ústavů volal po změně. V té době se rozvíjela psychofarmaka, a to umožňovalo, aby značná část psychiatrických pacientů byla léčena doma.

Tato situace si následně žádala posílit právě psychosociální služby v komunitách. Obecně platilo, že léčení doma byli spíše pacienti ze středních a vyšších společenských vrstev. Jenže dle Hartla se v té době ukázalo, že čím mají osoby nižší sociální status, tím vyšší psychologickou a sociální pomoc potřebují. *„Následná péče o propuštěné pacienty do té doby prakticky neexistovala.“<sup>19</sup>*

---

<sup>16</sup> Hartl, 1997

<sup>17</sup> Hartl, 1997

<sup>18</sup> Matoušek, 2003

<sup>19</sup> Hartl, 1997, s. 27

Komunitní přístup, který se v té době vyvíjel, nenahradil, ale jen doplnil spektrum sociální práce. Začalo vznikat chráněné bydlení, kluby a stacionáře.

### **3.3 Sedmdesátá a osmdesátá léta**

V sedmdesátých letech vzniklo nové sociologické myšlení, které charakterizovalo duševní chorobu jako sociální deviaci a psychiatrické ústavy jako kontrolní orgány těchto deviací. Dokonce se objevilo tvrzení, že psychiatři přispívají k výskytu duševních chorob tím, že potvrzují existenci sociální normy, a že definováním duševních poruch odděleně od sociálních podmínek odvádějí pozornost od sociálních situací, které jsou primární příčinou patologického chování.<sup>20</sup> To bylo v té době zlomové a o to závažnější mínění, že mělo vliv na další vývoj komunitní péče.

V osmdesátých letech se komunitní péče rozšířila i na oblast občanů a státu. Východiskem komunitní práce je sociální analýza a výsledkem mělo být mimo jiné zjištění, jaké sociální služby jsou v dané lokalitě potřebné. Uvědomme si, že tento přístup komunitního plánování, označovaný také jako *holistické* pojetí komunitní práce, je v České republice v plenkách teprve v současné době. Města, která tento systém komunitního plánování přijala za svůj jsou např. Ostrava, Praha, Dvůr Králové. Tj. velká města, která si uvědomují potřebu a přínos sociálních vztahů a aktivit mezi svými občany.

Osmdesátá léta byla v České republice v oblasti psychosociálních služeb charakteristická shromažďováním duševně nemocných osob do velikých institucí, takže zde terapeutické komunity neměly vyhrazený prostor. Vzhledem k tomu, že komunistický režim nerad přiznával, že ve společnosti jsou lidé s duševními nebo sociálními problémy, nebyl v něm kladen důraz ani na terapii jako takovou. Přeci jen však v tomto období najdeme základy komunit mezi občany. Jedná se o typicky český fenomén chalupaření. Dle Hartla to byla přirozená reakce na zcela chybějící prostor pro volnočasové aktivity na sídlištích.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Hartl, 1997

<sup>21</sup> Hartl, 1997

### **3.4 Devadesátá léta**

Komunitní péče přišla do Čech už jako přístup, který měl za sebou výše zmiňovaný vývoj. Byla chápána jako součást sociálních služeb, které však pro osoby duševně nemocné na začátku devadesátých let stále chyběly. Samotné slovo „komunita“ bylo v České sociální práci neznámým pojmem, ale stále potřebnějším. Tím, kdo tento pojem začal postupně používat v praxi, byly nestátní neziskové organizace. Tak jak se začala rozvíjet následná i sociální péče, začala si své místo v této oblasti hledat i komunita. Pozitivní vliv komunitní péče se velmi osvědčil v léčbě osob závislých na drogách a začíná se osvědčovat i v rehabilitaci osob s duševním onemocněním, kterému se budeme věnovat dál.

## 4 KOMUNITNÍ PÉČE A JEJÍ ROLE V OBČANSKÉ SPOLEČNOSTI PŘI REHABILITACI OSOB SE SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍM

O komunitě občanské můžeme mluvit tehdy, jsou-li společnými faktory skupiny osob nejen bydlení, životní prostředí, velikost lokality atp., ale hlavně snaha o prosazení společných zájmů, sociální vztahy a společné zvyklosti. Důvodů, proč je občanská komunita vhodným prostředím při rehabilitaci schizofrenie, je více. Jak jsme si řekli na začátku, člověk s touto nemocí ztrácí mnoho sociálních kontaktů, uzavírá se do sebe, trpí nejistotou, úzkostí a ztrátou sebevědomí, a tím přichází o schopnost vytvářet vztahy ve svém prostředí a komunikovat se svým okolím. Když jsou tyto slábnoucí vztahy něčím stimulovány dochází k jejich obnově.

*„Člověk po psychóze by si měl být vědom toho, kam patří, kde bydlí a proč tam bydlí, mělo by mu být jasné, kteří lidé ho mají rádi a které má rád on. Měl by mít nějaké zaměstnání nebo alespoň koníčka či program dne, aby měl pocit, že jeho život má nějaký smysl. Naopak nejasnost, nestrukturovanost a prázdnota života mohou psychický stav výrazně zhoršovat“.*<sup>22</sup> Pocit, že člověk má někde své místo a má co dělat umožňuje fungující občanská nebo alespoň terapeutická komunita pacientovi pocítit.

V České republice dochází v posledních letech k velkým posunům v rámci sociální péče o duševně nemocné. Jedním z významných kroků, na které se dnes klade důraz, je deinstitucionalizace psychiatrické péče a vznik neústavních zařízení, která se stávají součástí psychiatrické léčby. Postupně se prosazuje model komunitní léčby a péče. Základem komunitní psychologie je Hnutí za duševní zdraví. Toto hnutí lze charakterizovat jako usilovnou snahu zřizovat a rozvíjet širokou síť sociálních služeb v každé komunitě a jejich prostřednictvím využívat co nejvíce ambulantní léčbu a služby a omezit či prakticky vyloučit

---

<sup>22</sup>Kolektiv autorů, 2005, s. 47

dlouhodobé hospitalizace ve zdravotních a psychiatrických zařízeních, stejně tak jako v nápravně výchovných zařízeních. Sociálně rehabilitační aktivity se snaží vrátit pacienta propuštěného z psychiatrické léčebny zpět do běžného života a udržet ho vněm.

Znamená to zavádět nové služby, např. tréninkové kavárny, které pomalu začínají být doménou organizací, zabývajících se rehabilitací lidí se schizofrenií či jinými psychózami. Tato činnost se mi zdá vzhledem k povaze nemoci velmi vhodná. Člověk, který ztratí jistotu v komunikaci s lidmi, má tendence ji sám moc nevyhledávat. Jelikož je ale jednání a kontakt s lidmi jednou z hlavních náplní kavárníka, mají tito lidé možnost si ztracené dovednosti opět upevnit. Velkou výhodou této rehabilitace je, že klienti dostávají za svou práci řádný plat. To jim také může pomoci v cestě za osamostatněním a působí to pozitivně na jejich postavení ve společnosti. Jsou schopni si vydělávat, což se v pojetí veřejnosti rovná plnohodnotný člověk.

Důraz je také kladen na propojování všech složek sociální práce ku prospěchu občana, člena komunity. Zásadně se odmítá izolace "nežádoucích občanů" a spoléhání se na výsledky péče či léčby kdesi mimo komunitu. Když se situace vyhroťe tak, že k hospitalizaci či umístění v zařízení dojde, pak cílem péče či léčby není vyléčit nemoc, či odstranit "úchylku", ale dosáhnout stavu ekvilibria - rovnováhy jedince v takové míře, aby se co nejdříve vrátil do komunity a zde aby došlo k partnerské spolupráci občana a sítě sociálních a zdravotních služeb. Jde tedy v zásadě o léčení nebo péči o jedince budované na komunitním základě, oproti dosud praktikované péči založené na institucích a pobytu v nich.

Komunitní péče věnuje mimořádnou pozornost prostředí, v němž člověk žije. Zatímco klasický přístup se zabývá především vnitřním životem jedince a jeho vztahy v rodině. Komunitní péče tento záběr ještě rozšiřuje o další životní podmínky klientů - bydlení, zaměstnání, volný čas, seberealizaci a sebeuplatnění,

lékařskou péči, dopravu a sociální a zdravotní služby, aj. Vychází z bio-psycho-sociálního přístupu k člověku. Prioritou komunitní péče je, aby se občané neodloučili ze svého okolí a aby tak nebylo nutné je někam zpátky integrovat. Poskytovat péči co nejdéle lze v přirozeném prostředí pacienta, pokud je to jeho přání. Minimalizovat pobyt v psychiatrickém zařízení a zkracovat dobu hospitalizací na nezbytně nutnou.

Komunitní péče u nás je sice na dobré cestě, ale naráží na jisté hranice. Matoušek je vidí v malé připravenosti lidí řešit problémy společně. Důvodem je jasně zřetelná tendence k uzavření se do individuálního konzumu, a také čtyřicet let manipulování občanů a potlačování jejich přirozené potřeby podílet se na životě své komunity.<sup>23</sup> Lidé nejsou zvyklí zajímat se o druhé v dobrém slova smyslu a vzhledem k dnešnímu rychlému tempu života pocítují, že na to mají i nedostatek volného času. Dalším dědictvím totality je, že když už se o nás někdo zajímá, vzbuzuje to v lidech nedůvěru. Stále jako by byla přítomna podezřívavost - proč se ten člověk ptá, k čemu to potřebuje nebo komu na nás donáší.

#### **4.1 Komunitní pracovník**

V občanské komunitě může být iniciátorem požadované změny komunita sama, např. pomocí svých neformálních vůdců, iniciativních jedinců nebo občanských aktivit. Další možností je, že bude iniciátorem změny komunitní pracovník. Komunitní sociální pracovník by měl být každý, kdo pracuje pro komunitu, ať už jako dobrovolník nebo za řádný plat. Vzhledem k tomu, že řada komunit nedokáže bez pomoci dospět k uvědomění si potenciálu svých vlastních možností, je působení komunitního pracovníka zvláště důležité. Komunitní pracovník má ve svém působení mnoho rolí. Podněcuje aktivitu a tvořivost lidí, navrhuje a konzultuje řešení, učí řešit problémy a konflikty, získává informace předává je ostatním, motivuje účastníky atp.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Matoušek, 2003

<sup>24</sup> Kraus, Poláčková, 2001

## **4.2 Nevýhody komunitní péče**

Doposud v práci čteme o tom, jak je komunita pro znevýhodněného jedince skvělým léčebným prvkem v procesu jeho rehabilitace. Proto je vhodné nastínit možné problémy vlivu komunit. U Hartla se dočteme, že nevýhodou komunitní péče může být přílišná orientace na systém a opomíjení jedince.<sup>25</sup> Tato kritika je přirozenou reakcí na principy komunitní péče, nemyslím si však, že by v praxi komunitní péče bylo možné jedince opomíjet. Riziko je vyšší spíše u komunitního plánování, které někdy pracuje s opravdu velkým počtem lidí.

To, jak lidé komunitu utváří, nevyplývá jen z jejich životní historie a znalostí, ale také z příslušnosti k určité vrstvě a sociálnímu klimatu. Tím chci říci, že existují i komunity, které vytvářejí patologické vztahy a mají neblahý vliv na svého člena, jenž si tuto situaci neuvědomuje a nejeví zájem na změně prostředí pracovat. Příkladem mohou být chudinské čtvrti čili tzv. ghetta chudých. Komunitní pracovníci často dochází k velkému zklamání a neúspěch připisují buď sobě nebo apatickému chování členů komunity. Hartl poukazuje na fakt, že výzkumy těchto jevů ukázaly, že domnělá pasivita členů komunity, je výsledkem vědomého rozhodnutí těchto osob.<sup>26</sup> Jedná se o nechut' ke změnám navyklého způsobu života a nebo také o rezignaci, která přichází po opakovaných nezdarech. Lidé, kteří se snaží začlenit do uznávané místní společnosti a několikrát narazí, hledají jiný cíl svého uplatnění, často v patologických skupinách.

## **4.3 Ekologický pohled**

Ekologický pohled neboli přístup nahlíží lidské chování jako přizpůsobení se určitým zdrojům a situacím, hmotným i psychickým. Při tomto pohledu se neúspěšně adaptovaný jedinec může zlepšit, jestliže se zlepší dostupnost zdrojů, tzn. jestliže vzniknou nové zdroje a stávající budou rozšířeny a pokud možno propojeny. Označuje to pohled na druhé, jako na jedince, kteří v sobě mají sílu a

---

<sup>25</sup> Hartl, 1997

<sup>26</sup> Hartl, 1997

jejichž síla může být využita k jejich prospěchu a rozvoji ve společnosti. Rozdíl mezi komunitním a ekologickým přístupem je takový, že komunitní přístup vidí člověka jako člena nějaké *skupiny lidí*, ve které může dosáhnout změny. Ekologický přístup vidí člověka jako jedince, který potřebuje a může dosáhnout změny ve svém *prostředí*, a to nejen sociálním. Oba přístupy mají společný přesah problému jedné osoby někam dál. Ekologický přístup poskytuje praxi jen teoretický základ. Dle Sobotkové se mnohým terapeutům tento způsob myšlení jeví jako nepřístupný a raději volí jasněji uchopitelné modely práce.<sup>27</sup>

V léčbě duševního onemocnění klade ekologický přístup důraz také na odstranění stigmatizace nemocných ve společnosti. Stigma je velkým problémem převážně u schizofrenie, kde se toto slovo začíná čím dál častěji používat v různých nesprávných významech. *Stigma* spojené se schizofrenií vede k častým nesprávným výkladům v médiích (duševně nemocný je například vyobrazován jako vraždící pomatenec), což pomáhá upevňování negativních stereotypů. Toto stigma neovlivňuje pouze jedince, kteří nemoc mají, ale také jejich rodiny, ošetřovatele a poskytovatele zdravotnické péče obecně.

#### **4.4 Case management**

Case management vznikl jako metoda práce o duševně nemocné. Směřuje ke zlepšení organizace služeb s ohledem na individuální potřeby klienta a jeho blízkých. Přenáší vyšší díl zodpovědnosti na pracovníky přímo poskytující péči, zefektivňuje poskytované služby v zájmu klienta atp. Pracuje s mnoha zásadami. Např. zaměření se na zdravé stránky klienta, vztah klienta a case managera, volba a přáními klienta, asertivita, volba pozitivní změny, využíváním možností podpory i mimo tradiční služby.

---

<sup>27</sup> Sobotková, 2001

Case management zahrnuje tři základní úkoly. Prvním je posouzení stavu klienta a podmínek, v nichž se klient pohybuje. V praxi to znamená, že case manager by měl mít přehled nejen o klientových potřebách a schopnostech, ale také možnostech dalších osob, kteří o klienta pečují.

Dalším úkolem case managementu je spárovat nabízené služby s identifikovanými potřebami klienta a vydefinovat cílový stav, který by měl nastat po uspokojení klientových potřeb. Toto bývá obsahem tzv. individuálního plánu péče. Na jeho tvorbě se vedle klíčového pracovníka podílí sám klient, popř. další pracovníci zaangażovaní v péči o daného klienta. A konečně třetím úkolem je realizovat tento individuální plán za pomoci klienta, zaznamenávat uskutečněné kroky a jejich dopad – tj. zpřehlednit výsledky ve vztahu ke klientovi i k pracovníkům, kteří se na dané práci podíleli.<sup>28</sup>

Jak už jsem zmínila case management je systém práce, který se snaží rehabilitovat duševně nemocné. S principy case managementu některé organizace již pracují, jiné ho teprve objevují. Mezi organizace, které se mu věnují a aplikují jeho zásady v pomoci lidem s psychózou, jsou např. os. Greendoors nebo o. s. Fokus.

---

<sup>28</sup> <http://www.adiktologie.cz/>

## 5 RODINA JAKO SPECIFICKÁ KOMUNITA

Rodina je nejstarší lidskou společenskou institucí a za dobu své existence prošla množstvím změn. Dříve byla životní nutností pro přežití, což v jistém slova smyslu platí i dnes. Změnila se pouze kritéria přežití. Zatímco dříve to byla potrava, teplo a ochrana před nepřízní přírody, dnes je to především výchova, vzdělání a společenství. Společenství dvou a více osob, do něž se člověk narodí, je jeho prvotní a základní komunitou.

Malé komunity mohou být účinnou silou k dosažení individuálních i společenských změn, protože lidé jsou schopni lépe dodržovat skupinová pravidla, pevněji držet vizi cíle a pohotověji usuzovat, když jsou usměřováni a podporováni ostatními. Právě proto hraje rodina velkou roli v rehabilitaci osob s psychickým onemocněním. Ve vnějším prostředí má na vývoj psychiky jedince od jeho narození primárně vliv rodina a na rodinu má zase vliv její okolí. Člověk, který trpí schizofrenií potřebuje zdravou, podporující rodinu, kde jsou všem jasné role a vztahy jejích členů. Potřebuje být respektován okolím jako člen své rodiny a důležité je, aby byla spolu s ním přijímána i celá jeho rodina. Pokud společnost nepřijme jen jednoho člena rodiny a odsoudí ho, má to dopad i na všechny ostatní.

Některé problémové rodiny by mohly fungovat dobře, kdyby nebyly vystavovány stresu plynoucího z bezprostředního okolí. Zde vidím vhodné pole pro použití komunitní práce, aby se rodinám dostalo uspokojivých zkušeností s okolím a bylo tak možné změnit jejich postoje. To je velmi obtížné už proto, že je vyžadována změna přístupu, nejen bezprostředního okolí rodiny, všech členů rodiny, ale také příslušných úřadů a institucí. Podobně smýšlející oblastí je i již zmiňovaný ekologický přístup. Ten bere v úvahu i komplexní vztahy mezi rodinou a vnějším prostředím, to znamená komunitní péče v tom nejširším slova smyslu - bohatě strukturovaná systémová síť prostředí spolupůsobící při vývoji člověka i rodiny.

### 5.1.1 Význam rodiny v rehabilitaci schizofrenie

V praxi rehabilitace osob se schizofrenií se odborníci často setkávají s dysfunkcí rodin duševně nemocných. Jako příklad možného vlivu rodiny na pacienta uvádím výběr z kasuistiky pacientky s diagnózou paranoidní schizofrenie, jejíž nemoc se nyní nachází ve fázi remise.

Tato 25-letá žena se narodila vysokoškolsky vzdělaným rodičům jako třetí dítě ze sedmi. Její dětství bylo relativně pokojné. Rodina držela při sobě a trávila volný čas společně. Pacientka hodnotí negativně pouze otcovu přísnou výchovu. V jejích sedmi letech přišel velký konflikt rodičů, který posléze vedl k jejich rozdělení. Bydlení bylo uspořádáno tak, že matka sdílela pokoj s dcerami a otec se syny. Přestaly fungovat rodinné rituály jako např. společné stolování. Když bylo pacientce třináct let nastal podle ní důležitý mezník v jejím životě. Začala chodit do turistického klubu. Od šestnácti let byla rok oddílovou vedoucí a pak společně se sestrou založily nový oddíl. Na počátku jí trvalo, než se seznámila a zapadla do kolektivu, ale pak se jí tam velmi líbilo. Pořádali společně různé výlety, víkendové pobyty v přírodě a v létě pak tábory.

V době dospívání byla komunikace pacientky s rodiči špatná – byla vůči nim v opozici. Jeden z bratrů se začínal projevovat agresivně. Podle ní přejímal otcovy návyky. Pokud byl otec na rodinu našťvaný, uzavřel se do sebe a přestal komunikovat. Podle pacientky se stavěl do pozice oběti – ostatní mu ubližují. Děti se odmítaly s otcem bavit. Ona se mu vyhýbala a to otcovi vadilo ještě víc.

Na gymnáziu, kde pacientka studovala byla situace nedobrá. Dívka nevycházela se svými vrstevníky, kteří si ji dobírali, protože byla tichá. Při představě, že musí jít do školy se cítila úzkostně, a tak se stalo, že tam nebyla i měsíc. Rodiče o této skutečnosti nevěděli, dokud jim to nesdělila třídní učitelka. Matka dlouho pracovala a otec už se v domácnosti příliš nezdržoval. Tak mohla dcera trávit čas místo školy doma. Když se po tak dlouhé době do školy vrátila, měla problémy učivo dohánět a následně se dostavila deprese. Sama začala docházet k psychiatrice, která jí diagnostikovala sociální fóbii, ale ona si myslí,

že tenkrát trpěla depresí. V té době na ni byl vyvíjen velký tlak doma i ve škole. Jednoho dne, když se jí nechtělo jít z klubovny (turistického klubu) domů, spolykala nějaké prášky a usnula. Jednalo se o léky, které pacientce předepsala psychiatrička, k níž už v té době docházela.

V klubovně byla nalezena rodiči, kteří jí odvezli do nemocnice. Tuto situaci sama hodnotí tak, že to neudělala s úmyslem spáchat sebevraždu, spíše to byla událost demonstrativního charakteru. Pacientka říká, že tato situace její rodiče zase na nějakou dobu spojila. Nikdo z nich jí nevynadal, spíše projevovali starost. Při hospitalizaci se cítila dobře. Našla si tam kamarády, kteří drželi pospolu, protože měli podobný problém. Ne dlouho po jejím návratu doma panovala opět dusná atmosféra. Pacientka zazlívala matce, že se (přes všechny nezdary ve vztahu) s otcem nedá rozvést. Matka takovéto domluvy dětí vždy obřečela. Otec odešel od rodiny úplně, když bylo pacientce 19 let. O rok později se rodiče rozvedli.

Když bylo pacientce 25 let a onemocněla schizofrenií, snažila se ji rodina povzbuzovat. Nejmladší bratr a sestra byli trochu zaskočení, ale časem nové skutečnosti přijali. Matka a starší sestry jí vymýšlely program, aby neseděla doma. Dívka také často navštěvovala otce. Podle ní všichni věřili, že se uzdraví, čemuž ona v tu dobu nevěřila. Co jí nedělalo dobře, byly občasné poznámky sourozenců ohledně toho, že jí to moc nemyslí. V současnosti žije v domácnosti s matkou, bratrem a svou nejmladší sestrou.

Většinu dne je matka v práci a domácnost vedou spíše děti. Ostatní sourozenci domácnost často navštěvují. Pacientka má lepší vztah s matkou než dříve. Víc si ale popovídá s otcem, kterého navštěvuje. Rodina je dnes schopná se při různých událostech sejít, a to včetně otce.

Na tomto případě je patrné prolínání rodinných problémů s prvními náznaky psychických problémů zmiňované mladé ženy. Kdyby tyto rodinné problémy nebyly, pravděpodobně by to příchodu nemoci nezabránilo. Dívka byla tiché a citlivé dítě, takže měla potíže se srovnat s konflikty, které ji potkávaly.

Všimněme si záchytných světlých bodů v popisovaném úseku života této ženy. Jedná se o turistický klub, tedy komunitu, kde se žena cítila dobře a kde se posléze realizovala i jako vedoucí oddílu. To muselo představovat pro úzkostného

a tichého člověka obdivuhodný výkon. I když jí chvíli trvalo než dokázala navázat vztahy, hodnotila tuto zkušenost velmi kladně. Zní to jako paradox vedle skutečnosti, že dívka byla diagnostikována sociální fobie.

Druhý okamžik pozitivní pospolitosti zažila žena při hospitalizaci v nemocnici, kde se, dle svých slov, cítila dobře, protože kolem sebe měla osoby s podobnými problémy jako má ona. V celém anamnestickém rozhovoru bylo zřetelné, že po těchto okamžicích sounáležitosti v minulosti pacientka zoufale toužila. Byla to důležitá záchytná místa v jejím dosavadním životě, tak jako jsou záchytnými místy skalní výstupky pro horolezce při výstupu na vrchol.

## 6 TERAPIE PSYCHÓZ

Duševní problémy mohou mít psychologické, sociální i somatické rozměry a obvykle je mívají všechny naráz. Výsledkem bývá těžká životní situace, ve které je pro lidi náročné řídit vlastní život a dosahovat svých cílů. Psychoterapie je soubor léčebných metod, které využívají psychologických prostředků. Psychoterapie se snaží působit na odstranění a zmírnění potíží pacienta. Věnuje se prožívání nebo chování jedince, členů rodiny nebo celého rodinného klimatu. Vychází se z toho, že proces setkání s druhým je tvůrčí a obohacuje všechny zúčastněné. Největší důraz se klade na budování bezpečného vztahu a komunikaci. V takovém vztahu může člověk lépe prozkoumat svůj vnitřní svět a porozumět sobě i nemoci. Pomáhá odstranit zkreslená přesvědčení. Psychoterapii poskytuje odborník se speciálním psychoterapeutickým vzděláním. V jejím průběhu dochází ke změnám v prožívání a chování člověka s psychickým onemocněním. Terapeut napomáhá svému pacientovi k pravdivějšímu sebepoznání a k tomu, aby toto sebepoznání mohl využít k rozvíjení a obohacování své osobnosti. Psychoterapie může být skupinová nebo individuální a využívána může být léčebně i preventivně.

*Akutní léčba* je zaměřena na odstranění pozitivních příznaků. To lze zvládnout v průběhu několika hodin až dní. Přes současné trendy v psychiatrii se v akutní fázi nemoci, kdy pacient halucinuje, nelze obejít bez hospitalizace na lůžkovém zařízení psychiatrického zařízení. *Ve stabilizační fázi* je snaha udržet získané zlepšení, tak aby byl vytvořen prostor pro další pokrok jak v očích nemocného, tak i rodiny. „*V této době je nemocný vysoce náchylný k relapsu a je většinou propuštěn z hospitalizace.*“<sup>29</sup> Naproti tomu *fáze stabilní* je charakterizovaná snahou dosažení remise a její udržení. Možnostmi člověka nacházejícího se v této fázi se budeme zabývat dále. Dlouhodobá remise dává prostor pro další zlepšování a větší pravděpodobnost úplného uzdravení.

---

<sup>29</sup> Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 196

Komunitní péče v terapii psychóz je přístup, který zohledňuje prostředí, ve kterém pacient žije, a snaží se ho nasměrovat k budování zdravých vztahů se svým okolím. Rovněž se pokouší o to, aby okolí přijalo takto nemocného jedince zpět mezi sebe.

Mezi hlavní zásady komunitní terapie patří možnost projevit své skryté schopnosti a hrát aktivní roli ve vlastním procesu uzdravení. Nutno dodat, že ne každý pacient s nadšením přijímá komunitní uspořádání. Mnozí z nich jsou spokojenější, když jejich léčbu řídí pouze zdravotnický personál a oni sami za svou léčbu nenesou zodpovědnost. To je však jen subjektivní pohled. Ve skutečnosti je pro ně přínosnější, pokud se zapojují do procesu své léčby vyvíjejí nějakou snahu. Zde hraje důležitou roli schopnost tyto pacienty motivovat.

## **6.1 Farmakoterapie**

Farmakologická léčba je dlouhou dobu pro pacienta základní nutností a jediným řešením k udržení stabilní fáze. Zmiňuji se o ní proto, že bez ní by sociální rehabilitace nemohla naplňovat své terapeutické cíle. Antipsychotika přinášejí nemocnému úlevu od akutních příznaků nemoci a zabraňují jejímu návratu. Avšak jako většina léků mají i nežádoucí účinky. Díky neustálému vývoji vznikají nová antipsychotika, která způsobují méně vážných vedlejších účinků a budou pacienty pravděpodobně lépe snášena. Mezi hlavní nežádoucí účinky patří pocit závratě, pocit ztuhlosti těla, třes končetin, pocit útlumu (nejvíce ráno), nešikovnosti a vnitřního neklidu. Takovéto problémy bývají v začátcích léčby a později ustupují či dokonce úplně vymizí. A to hlavně díky tomu, že se dávky léků pacientovi postupem času snižují a mění podle potřeby, a také z části proto, že si pacientovo tělo zvykne. Pro návrat do zaměstnání či školy, by neměly být léky po uplynutí „zvykací“ doby problém.

Farmakoterapie je pouze jednou ze součástí komplexní léčby. Může snížit pocity úzkosti a deprese, ale jen těžko pomůže lidem řešit problémy doprovázející každý lidský život. Je to jen první krůček na cestě k zařazení se do nejbližšího

společenství pacienta. Další techniky léčby schizofrenie jsou trénink empatie, cvičení vůle, pěstování nových koníčků, utváření nových vztahů, pohybové aktivity, nahrazování negativních představ pozitivními, cvičení asertivní komunikace a pozitivního myšlení. Dále to může být trénink mozkových funkcí (a tím vytváření náhradních neuronových spojů), psychoterapie vedoucí k přiznání si nemoci nebo alespoň symptomů nemoci a hledání jejich původu ve svém duševním stavu. Tyto dílčí aktivity zahrnují jednotlivé terapie, kterými se budeme zabývat dále. Je potřeba vytvořit podmínky, ve kterých může člověk s psychickým onemocněním prožít smysluplný a kvalitní život. V komunitní terapii přestává být člověk jen pasivním spotřebitelem léků, ale stává se aktivní silou, která se podílí na vlastní léčbě.

## **6.2 *Expresivní terapie***

Expresivní terapie je zaměřena na podporu a rozvoj tvůrčího potenciálu klienta. Klienti dochází prostřednictvím vlastního sebevyjádření k hlubšímu sebepoznání, které přispívá k nalezení větší duševní harmonie. Expresivní terapie oslovuje každého svým individuálním způsobem a nabízí vlastní konfrontaci s druhými a okolním světem. Tato konfrontace je schovaná za nějakou uměleckou činnost a tím se stává pro klienta s psychotickým onemocněním přístupnější. Styl terapeutické práce a intenzita zabývání se vlastní osobou je dána individualitou klienta. Klient sám spoluurčuje léčebný proces, při němž ho odborně provází a podporuje terapeut. Cílem terapeutické práce je oživení potenciálu sil, jenž má klient k dispozici. Především uvědomění si sebe sama, vytváření rovnováhy a integrace všech složek psychiky. Expresivní terapie jsou pozitivním procesem přinášejícím radost a zachovávajícím nejen svobodu, ale i jedinečnost a odpovědnost klienta. Patří sem arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, taneční terapie atp. Klient se tedy zapojuje do kontaktu s lidmi prostřednictvím umění.

### 6.3 Rodinná terapie

Přístup rodiny k náhlému výskytu duševní nemoci u jejího člena může představovat problém. Ne každá takováto rodina je také sama zdravá, a tak od ní nelze očekávat dobře mířenou oporu. Různé výzkumy potvrdily problémy vyskytující se v rodinách schizofreniků, jako jsou například příliš úzkostní rodiče. Dle Zvolského bylo v posledních letech zjištěno, že vyjadřování emocí v rodině má značný vliv na stav pacienta. Označuje se tím míra kritičnosti rodiny k pacientovi, míra hostility, kterou k němu projevují, ale i přílišná dobře myšlená emoční angažovanost rodiny k nemocnému. Ukázalo se, že pacienti v rodinách s výrazným stupněm emoční angažovanosti mají větší tendenci k relapsu choroby.<sup>30</sup> Patologické jevy v rodinách však rozhodně nejsou samy o sobě příčinou schizofrenie. Jak už jsme si řekli, podstatný vliv mají genetické předpoklady a širší sociální vlivy.

V době, kdy sociální práce vznikala jako samostatný obor (tj. začátek dvacátého století), bylo v popředí zájmu pracovníků navštěvovat rodiny přímo v jejich přirozeném prostředí. I první vzdělávací programy vyučovaly metodiku domácích návštěv. Mimo jiné se přitom doporučovalo vést rozhovor s oběma manželi, aby bylo možné získat úplný obraz problémů rodiny. V pomáhajících profesích byl již v té době přijímán předpoklad, že psychická stabilita dospělých je spojena se stabilitou jejich rodiny a s napojením rodiny na mimorodinné vztahy. „První praktickou aplikací rodinné terapie byla psychoterapeutická léčba rodin, ve kterých dospívající dítě trpělo schizofrenií.“<sup>31</sup>

Častá praxe je, že rodina vyhledá terapeutickou pomoc obvykle v okamžicích krize. Tedy v době, kdy si uvědomí narušení rovnováhy. Mísí se zde často zároveň přání změny a strach z ní, úloha terapeuta tak bývá mnohdy těžká. Dle Matouška některé teorie rodinné terapie předpokládají analýzu a zvládnutí dětských traumatických zkušeností za nutný předpoklad řešení aktuálních problémů rodiny.<sup>32</sup> Rodina od terapeuta očekává především znovunalezení

<sup>30</sup> Zvolský a kol., 2003

<sup>31</sup> Matoušek, 2003, s. 185

<sup>32</sup> Matoušek, 2003

rovnováhy. Rodinná terapie je charakteristická celostním přístupem. Spolu s pacientem je léčeno i jeho bezprostřední okolí. Je prokázáno, že když ustoupí symptomy rodiny, zlepší se i stav nemocného a je menší riziko relapsu nemoci.

Rodinná terapie bere v potaz i hranice mezi rodinou a jejím sociálním okolím. Nепropustná hranice souvisí s neangažovaností, příliš propustná hranice pak souvisí se ztrátou nezávislosti a autonomie, což je typickým znakem romských rodin. Dále se rodinný terapeut zaměřuje na komunikaci v rodině. Komunikování ve funkční rodině je jasné, jednoznačné, většina sdělení má zřetelné téma, které je účastníky komunikace sdíleno. Lze při něm vyjadřovat souhlas i nesouhlas. Emoce v komunikaci nejsou nijak intenzivní, ale dobře patrné.

## **6.4 Socioterapie**

Zatímco ještě v osmdesátých letech se tento obor v České republice zabýval hlavně teorií (tj. výzkumem vlivu sociálního prostředí), dnes se socioterapie posunula směrem k praxi. Socioterapie vytváří určitý chráněný prostor bez nadměrných stresů, které člověk v důsledku nemoci a zranitelnosti nestačí zvládat. V tomto prostoru se odehrávají obvyklé lidské činnosti, jako je hygiena, práce, hra, kultura, sport apod. Mezilidské vztahy jsou zde v trojúhelníku: odborníci – pacient – spolupacienti. Důraz se klade na jednoduchý a srozumitelný časový rozvrh. Vytváří se zde „svět v malém“ - model společného světa. Ten umožňuje pacientovi, aby se s ním postupně setkával, seznamoval, experimentoval v něm a učil se jej zvládat a vyrovnávat se s ním, a tak zároveň opouštěl svět psychózy a zpevňoval svou zranitelnou osobnost.

Konkrétními doteky reality pomáhá socioterapie pacientovi vytvářet zdravější způsoby zvládání stresu a rozšiřuje jeho dovednosti pro běžný život. Socioterapie vychází z pacientových možností, ale míří vždy o něco víc. Prostředí, které zajišťuje tento vzorec léčení psychóz – porozumění, podporu a

vedení k samostatnosti – se nazývá *terapeutická atmosféra*.<sup>33</sup> Není vyhrazena jen pro lůžková oddělení, zabezpečují jí i denní stacionáře, kluby, dílny a terapeutické komunity. Dalším zde užívaným pojmem je *sociální učení*. Toto učení je zde chápáno především ve spojení se sociálními situacemi, které zahrnují rodinu, pracoviště, zájmové, náboženské a politické skupiny. Uplatňuje se zde zpětná vazba, a tím se od socioterapie dostáváme ke komunitní terapii. Sociální učení je místo, ve kterém se obě zmíněné terapie realizují.

---

<sup>33</sup> Svoboda, Češková, Kučerová, 2006

## 7 KOMUNITNÍ TERAPIE

Všechny výše zmíněné terapie se v podstatě spojují a prolínají s terapií komunitní. To je jejím úkolem. Terapeutická komunita je specifickou aktivitou léčebné instituce. Je založená na otevřené komunikaci všech členů komunity, kde se klienti aktivně podílí na své léčbě a spolurozhodují o věcech týkající se celé komunity. Využívá se zde dynamika malé skupiny – na svém problému nepracuje klient sám, ale celá skupina. Významnou složkou léčby je prostředí komunity a vztahy v ní. Život v komunitě je v mnohém podobný běžnému životu „venku“. Klientovi je poskytnut chráněný prostor, pro učení se správným vzorcům chování, který je pro něj přehledný. Skupina pomáhá klientovi získat náhled na jeho vlastní problémy a jeho podíl při jejich vzniku, poskytuje mu také zkušenosti při hledání nových řešení jeho situace. Pocit bezpečí, který terapeutická skupina svým klientům nabízí, jim umožňuje svobodně experimentovat s různými způsoby chování.

Komunitní přístup v léčbě psychického onemocnění se nazývá komunitní psychiatrie. Vznikla po druhé světové válce a je považována za revoluci psychiatrie v jejích dějinách. *Hlavním požadavkem komunitní psychiatrie je, aby péče o duševní zdraví byla umístěna v blízkosti bydliště nebo pracoviště občanů, což usnadňuje vzájemný styk i případnou pomoc a léčbu. Tak je umožněno diagnostikování nemoci i problémů a případná hospitalizace.*<sup>34</sup>

Terapeutická komunita funguje buď samostatně, nebo jako jeden z programů psychoterapeutické péče v psychiatrické léčebně. Aby se neznámá skupina mohla stát terapeutickou komunitou, musí dojít k otevření se. Pacient by měl ventilovat své pocity strachu, bolesti a frustrací, aby pro něj byla terapie přínosem. Pravdou je, že pacient trpící schizofrenií, často k takovému kroku nemá odhodlání. Zde je úkol pro terapeuta, aby dokázal k důvěře svého klienta dovést. Kdo pracuje s lidmi se schizofrenií dobře ví, že nemocnému se často nechce do různých aktivit. Když ho k tomu šikovně dovedeme, je nakonec rád, že se jich mohl zúčastnit.

---

<sup>34</sup> Hartl, s. 155

Vyjmutí občana z komunity či jeho hospitalizace jsou způsoby pomoci, od kterých se ustupuje. Pokud k nim dojde, je třeba zkrátit je na minimum a postarat se o rychlý návrat do komunity a pokračovat v ambulantní léčbě a rehabilitační péči. To vše je možné za předpokladu, že existuje rychlý způsob výměny informací mezi jednotlivými službami. Neméně důležité je i to, aby profesionální pracovníci znali potřeby obyvatel, což není možné bez aktivního propojení obyvatel se službami, s těmi musí být obyvatelé komunity obeznámeni.

## **7.1 Komunitní péče v rehabilitaci schizofrenie**

Snad největší důraz je v komunitní psychiatrii kladen na to, aby existovala dokonalá *propojenost* všech služeb a *návaznost* poskytované péče. Proto se zde vrátím pro ilustraci k případové studii již zmiňované mladé ženy trpící schizofrenií. Ukážeme si zde návaznost následných služeb, tak jak probíhala v tomto konkrétním případě odehrávajícím se v hlavním městě a pokusíme se najít souvislosti mezi tímto procesem a její úspěšnou rehabilitací.

Po zaléčení akutního stádia nemoci, týden po propuštění z psychiatrické léčebny, začala klientka třikrát týdně navštěvovat *denní stacionář*. Ten probíhal v prostorách Psychiatrického centra Praha (PCP). Zde se s klienty prováděla konkrétní psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, hrály se hry, občas jeli na výlet a chodili na procházky. Klientka měla sestavený rozvrh aktivit, které jsou ten den v plánu, takže vždy věděla, co jí tam čeká. Odpoledne si pak stanovili společně plán na druhý den. Klientka v tu dobu vítala každou aktivitu s vděčností, kromě nácviku sociálních dovedností, který pro ni byl zbytečně stresující. Tento program byl vedený psychiatrem. Po skončení programu ve stacionáři začala klientka docházet ke svému psychiatrovi, který jí byl přidělen psychiatrickou léčebnou.

*O.s. Baobab* je jedna z organizací, kam klientka zamířila poté, co jí skončily aktivity v denním stacionáři. Zde se systém služeb v hlavním městě větví. Kdyby klientka nechtěla jít studovat, začala by pravděpodobně navštěvovat o.s. Greendoors, které se zabývá pracovním uplatněním klientů. O Baobabu se klientka dozvěděla ještě při navštěvování stacionáře. Vždy se tam prý snažili každého pacienta nasměrovat někam dál. To, že se do Baobabu klientka dostala není bohužel samozřejmé. Od pracovníka této organizace jsem se dozvěděla, že propojení Baobabu s Bohnicemi je velmi slabé. Výjimkou je právě PCP, které v Bohnicích sídlí. Ale i tam se jedná spíše o výjimečné jednorázové prezentace. Naproti tomu Baobab úzce spolupracuje s DPS Ondřejov a o.s. Greendoors. Jedním z důvodů, proč je spolupráce s bohnickou léčebnou tak mizivá je to, že jsou plně zásobeni klienty z Ondřejova a Green Doors. Druhý aspekt věci je, že bohnická léčebna není těmto programům moc otevřená. Cílem Baobabu je přispívat k rozvoji sociální rehabilitace u osob v počátečních fázích psychotického onemocnění. V Baobabu probíhal také klientkou neoblíbený nácvik sociálních dovedností, dále pak různá cvičení zaměřená na koncentraci, psaní esejí, tvoření referátů i s přednesem, úkoly ve dvojicích, jejichž plnění bylo natáčené na kameru atp. V Baobabu byl klientce přidělen opatrovník. To byl sociální pracovník, který ji doprovázel, když bylo třeba a pomáhal jí s dalším nasměrováním.

Prostřednictvím Baobabu se klientka také zapojila do *projektu*, ve kterém pracovník této organizace spolu s nemocným schizofrenií navštěvují střední školy. Studentům se vysvětluje, co nemoc znamená, boří se zaběhlé mýty a prostřednictvím pacienta studenti poznají, že nemocný není nějaký podivný blázen, ale úplně normální člověk. Také je zde prostor na dotazy, a to nejen na odborníka, ale i na člověka nemocného schizofrenií.

Po absolvování kurzu v Baobabu chodila klientka do *DPS Ondřejov* na skupinovou terapii a psychoedukaci. Skupinová terapie, na kterou dvakrát týdně docházela byla zaměřená na mladé pacienty, kteří prodělali jednu a více schizofrenních atak. To jí doporučila její patronka z Baobabu, když klientka vyslovila přání chodit na nějakou skupinovou psychoterapii. V Ondřejově se jí nelíbilo. Měla pocit, že o nemoci ví už dost informací a psychoedukace jí přišla

bezpředmětná. Klientka si myslí, že to tam pro ni nebylo dobré také proto, že se nedokázala otevřít s problémy, které pro ni byly bolestivé, což by už dnes zvládla. Byla pro ni vhodnější individuální terapie, ale to by nezjistila, když by si to nevyzkoušela.

Byl to rok a pár měsíců po propuknutí nemoci, když se klientka rozhodla vrátit ke studiu na VŠ, které z důvodu nemoci přerušila. Její lékařka s tímto rozhodnutím moc nesouhlasila, zdálo se jí na návrat moc brzo. Ona však měla o návrat velký zájem. Bylo potřeba opakovat ročník. Ve škole byli k této ženě vstřícní a snažili se pro ni vymyslet co nejvhodnější způsob studia. Do školy však klientka moc nechodila. Dělal jí problémy ranní vstávání, pocit, že jí to nemyslí a nový kolektiv. Přesto návrat ke studiu zvládla. Dnes jak říká, se cítí dobře. K lékařce dochází jednou měsíčně a byly jí sníženy dávky léků. Chodí častěji na přednášky a k tomu má ještě několik brigád. Je dost zaneprázdněná a je za to ráda. Říká, že právě díky tomu se cítí dobře. Klientka cítí jako důležité říci, že to všechno zvládla hlavně díky obrovské podpoře rodiny a svých přátel.

Na tomto příkladu je vidět, jaký význam v procesu rehabilitace měla její přirozená (občanská) komunita a jaká byla návaznost a propojenost konkrétních služeb v místě jejího bydliště. Na klientku nepůsobila dobře pouze terapeutická skupina, kde se nezvládla otevřít se svými pocity. Pro člověka s schizofrenií nemusí být komunitní terapie vždy vhodná, pokud není správně načasovaná. Návaznost služeb pro tuto osobu s duševní nemocí byla velmi dobrá a plynulá. Návrat k běžnému životu v tomto případě probíhal dobře. Velký podíl na tom však mělo to, že tato mladá žena žije ve velkém městě. V mnohých částech republiky existuje návazných služeb velmi málo a někde dokonce žádné dostupné nejsou. To podporuje samotářství a uzavřenost klienta. Ten, pokud trpí nemocí dlouhodobě, může dojít do stádia, kdy nevychází ven z domu a rezignuje na veškerý život v občanské komunitě. Dalším aspektem, který klientce v rehabilitaci pomohl, byla dnes již stabilizovaná rodina, která se snažila situaci klientce ulehčit. Byla také aktivní ve vyhledávání informací ohledně její nemoci.

### 7.1.1 Psychoedukace

V kasuistickéukázce se zmiňujeme o psychoedukaci, a tak bych zde ráda tento pojem objasnila. Osobní kontakt s odborníkem a informace šité pacientovi na míru jsou v rehabilitaci psychóz nenahraditelné. Proto vznikají psychoedukační intervence. Cílem psychoedukace je pacienty více angažovat v léčbě, dodat jim dostatečně obsáhlé, relevantní a srozumitelné informace o nemoci a její léčbě a naučit je dovednostem důležitým pro její zvládnání. Sama jsem se jednoho takového programu zúčastnila. Tyto programy probíhají formou přednášek a za pomoci počítače s nástěnným projektorem nebo instruktážního videa.

Rodina se tam především dozví to, jak se k nemocnému chovat, co mu dělá dobře a co ne. Také tento program pomůže rodině lépe se vyrovnat s nemocí jako takovou a s reakcemi okolí. Na konci je vždy prostor pro dotazy, které zodpovídají přítomní odborníci. ve skupinovém programu má navíc možnost vyměňovat si zkušenosti s ostatními nemocnými. Z pohledu komunitní péče mi však v takovémto programu chybí doplnění příchozích příbuzných o širší rodinu či okolí nemocného. Ze zkušenosti své i zprostředkované vím, že těchto programů se zúčastňují matky lidí se schizofrenií, občas sourozenci a o něco méně častěji otcové. Co třeba babičky a tetičky aby bylo všem jasno, s čím se člen jejich rodiny potýká a nebo zakomponovat tento program do občanských komunit. Mohl by se promítat na školách nebo v kině před filmem místo neužitečných reklam.

## 8 KOMUNITA JAKO PREVENCE

Zatímco instituce pasivně čeká, až se tam jedinec dobrovolně či nedobrovolně dostane, komunitní péče se snaží působit preventivně. Význam pojmu prevence je předcházení – z lat. Praevenire předcházet. Vedle možnosti vyhledat odbornou pomoc existuje samozřejmě mnoho způsobů, kterými každý z nás může pozitivně ovlivnit vlastní duševní zdraví. „*Předcházet nemocím je snazší než je léčit.*“<sup>35</sup> Jsou tři roviny prevence - primární, sekundární a terciární.

*Primární* prevence je zaměřena na vznik nemoci. Jde především o podporu zdraví a zdravý životní styl. To znamená nejen zdravě jíst a pít, ale rovněž mít v pořádku sebevědomí, zvyšovat odolnost vůči stresu, být obklopen dobrými vztahy a mít a vnímat možnosti ke hře, zábavě, práci a růstu. V péči o duševní zdraví hrají takovou roli vzdělávací programy. Jsou jimi výchova k rodičovství, vrstevnické programy zaměřené proti zneužívání drog. Patří sem také zřizování středisek pro osoby se sníženými rozumovými, pohybovými či jinými schopnostmi, sociálně znevýhodněné osoby, osoby s psychotickým onemocněním atp. Pro lidi s psychotickým onemocněním je primární prevencí zvyšování odolnosti vůči stresu, který bývá často spouštěčem duševních nemocí. Dále dobré komunitní zázemí včetně rodiny s dobře fungujícími vztahy.

*Sekundární* prevence se snaží zabránit dalšímu rozvoji nemoci již vzniklé. Jde o to provést včasnou diagnózu a rychlou a účinnou léčbu. Dle Hartla je jednoznačným cílem sekundární prevence snížení případů onemocnění a podstatné zkrácení doby trvání duševní nemoci. Velmi dobré výsledky získali lékaři, kteří léčili duševní poruchu okamžitě po jejím diagnostikování a přímo v prostředí domovské komunity pacienta.<sup>36</sup>

*Prevence terciární* se pak snaží zmírnit následky postižení, proběhlého onemocnění. Usiluje o návrat člověka do běžného života. Patří sem proto především rehabilitace, která významně snižuje možnost, že se nemoc stane chronickou a zlepšuje pacientův návrat do běžného života. Přetrvávající a

---

<sup>35</sup> Baštěcká, s. 21

<sup>36</sup> Hartl, s. 159

případně až chronické stavy pacientů představují velký ekonomický a sociální problém. Péče o takové jedince je drahá a zatěžuje rodinu, komunitu i stát. Musím zde podotknout, že chronicita se netýká jen starých lidí, jak se může zdát, ale v psychotickém a zejména pak schizofrenním onemocnění se často týká i velice mladých lidí. Prožívají často život nezaměstnaných uzavřených jedinců a jejich schopnost žít v komunitě bez odborné péče profesionálů i celého společenství je pak zcela znemožněna.

Hlavní význam komunity v léčbě schizofrenie se uskutečňuje ve všech zmíněných formách prevence. Z toho u občanské či přirozené komunity bych kladla důraz na prevenci primární a při komunitní terapii na prevenci sekundární a terciální.

## 9 VÝSTUPNÍ TEZE

Jako zjištění vyplývající z mé práce na tomto tématu, přináším na závěr několik tezí, které se týkají *vymezení pozice*, již komunitní péče zaujímá. Mohly by připravit podnětný terén k dalšímu rozpracování tohoto tématu.

*V České republice je jen málo měst, které se věnují komunitnímu plánování.* Komunitní plánování umožňuje, aby v daném geografickém prostoru mohli občané zde žijící využívat sociální služby, které potřebují, aniž by museli být vytrženi ze svého přirozeného sociálního prostředí. Sdružuje všechny služby jež mohou podpořit a rozvíjet duševní zdraví členů komunity. MPSV vyvíjí snahy přiblížit komunitní plánování lidem a městům, aby je začali využívat. Vydává publikace a pořádá semináře. Dle publikace MPSV o komunitním plánování je těchto měst v současné době kolem patnácti.

Překážkou může být neochota regionálních politiků se tímto tématem zabývat, protože přínosy z komunitních aktivit nejsou na první pohled viditelné a politik či zastupitel města potřebuje oslnit potenciální voliče okamžitě. Nebo může být problémem nedostatek prostoru v pracovním dni politicky zainteresovaných jedinců. Popřípadě rozvoj komunitního plánování brzdí stále nedostačující informovanost o možnosti této činnosti. Důvod může být třeba i jiný. Faktem je, že komunitní plánování se rozvíjí. Je to proces, který stále probíhá a dá se předpokládat, že se komunitní plánování bude rozvíjet i v budoucnu .

*Současné zkušenosti s komunitní péčí v České republice se týkají spíše jiných oblastí než rehabilitace lidí s psychózou.*

První, a tím největší zkušenost s komunitní péčí započatou již několik let po revoluci, máme v léčbě závislostí. Na rozdíl od duševně nemocné osoby, člověk se závislostí vytržení ze své komunity nutně potřebuje k vyléčení. Proto je jeho občanská komunita nahrazena komunitou terapeutickou. To je důvodem, proč se terapeutické komunity v léčbě závislostí uchylují do přírody. Žije tam

skupinka klientů a terapeutů, kteří často společně obhospodařují půdu, starají se o zvířata a pečují o stavení, ve kterém žijí. Mnohdy tyto komunity sídlí blízko nějaké obce, pro kterou například své výrobky zhotovují či pěstují (např. Magdaléna o. p. s.). Tím zasahují do širší komunity občanské, která zpětně ovlivňuje jejich komunitu terapeutickou.

Lidé s psychotickým onemocněním potřebují naopak ve své stávající komunitě zůstat, tedy pokud na pacienta nepůsobí destruktivně. Ideální je, když mohou lidé s psychotickým onemocněním setrvat ve své občanské komunitě a navštěvovat komunitu terapeutickou, která by na občanskou navazovala. Je to tedy poněkud jiný styl komunitní práce, než u léčby závislostí.

Otázka, kterou nechávám k dalšímu posouzení je, proč byl v léčbě závislostí rozvoj komunitní péče celkem rychlý, zatímco v léčbě psychóz je stále deficitní. Jedním z hledisek, podle kterého se na problematiku můžeme dívat, je, že člověk se schizofrenií je při prodělané atace „uklizen“ do psychiatrické léčebny. Propuštěn bývá často s ponaučením brát léky, čímž se stává pro společnost neškodným. Samozřejmě jsou i lidé se schizofrenií, kteří léky brát odmítají, zde je stále možnost opakovat hospitalizaci, a to i bez souhlasu pacienta, tzn. na základě předběžného opatření. Člověk se závislostí však působí dlouhodobě destruktivně přímo ve svém okolí. Pokud nešlo o vážnější trestné činy, neměla společnost možnost tomu nějak zabránit, což si žádalo hledat účinné řešení. Přestože komunitní péče je v léčbě psychóz nedostatečná, některé organizace již komunitní přístup zavádějí.

*Komunita občanská má navazovat na komunitu terapeutickou.* Jak si to v praxi představit. Důležité je, aby komunitní psychoterapie probíhala co nejbližší bydliště pacienta. Komunitní psychoterapeut by měl znát prostředí, ve kterém klient žije, ale měl by také umět od skupiny odejít v momentě, kdy ho přestane potřebovat. Čím větší míra návaznosti se podaří zajistit tím lépe pro terapeuta, klienta a jeho okolí. Je to však spíše nadstandardní stav, se kterým jsem se osobně nikde nesetkala. Bylo by to možné v místě, kde žije menší počet lidí, ale tam -

jak je známo - nejsou příliš rozvinuté sociální služby. Jak vyplynulo z práce, je potřeba rozšířit komunitní myšlení mezi občany. Návaznost komunity občanské na terapeutickou je až dalším krokem v rozvoji sociální péče.

*Máme podmínky na to, aby v České republice komunitní péče v léčbě psychóz mohla opravdu fungovat, nebo je to pro nás zatím teorie bez možnosti širšího použití v praxi?*

Pro fungování komunitní péče je třeba dostupnost a návaznost poskytovaných služeb. Je důležité zkracovat dobu hospitalizace na minimum a pokračovat v léčbě ambulantním a rehabilitačním způsobem. To vše je možné za předpokladu, že existuje rychlý a správný způsob výměny informací mezi všemi komunitními službami. Další podmínkou je aby sociální pracovníci znali potřeby obyvatel. Obyvatelé komunity musí zase vědět o všech dostupných službách, které mají k dispozici. První z podmínek, kterou je komunikace mezi jednotlivými službami, se dobře rozvinula v Praze. Zde působí základní počet organizací zabývajících se rehabilitací lidí s psychózou. Problém může být v komunikaci neziskových a zdravotnických zařízeních. To jsem zjistila při osobním rozhovoru se sociálními pracovníky občanských sdružení Greendoors a Baobab.

Jedním z možných důvodů by mohl být nezvyk zdravotnických zařízení vyhledávat návazné služby ve svém okolí. Tato zařízení často fungovala i za minulého režimu, jenž na nich zanechal stopy uzavřenosti. Další otázkou jsou ostatní města, kde návazné organizace často chybí úplně nebo jsou nedostačující. Druhou stránkou věci jsou naplněné kapacity v těchto organizacích, čímž docházíme k otázce, zda by nebylo vhodné rozšířit služby pro nemocné schizofrenií. Když srovnáme možnosti návazných služeb fyzicky hendikepovaného občana s možnostmi občana s psychózou, zjistíme teprve, jak jich je pro duševně nemocné málo.

*Komunitní péče se snad stane samozřejmou součástí sociálních služeb pro duševně nemocné.*

Z vývoje tohoto přístupu, který je popsán práci vyplývá, že má vzestupnou tendenci. Je tedy možné, že se komunitní péče začlení mezi ostatní přístupy, ba

dokonce, že bude převažovat. Jistě je vhodnou metodou a své uplatnění v rehabilitaci psychóz nachází oprávněně.

Ve světě jsou organizace pracující formou komunitní péče ve vývoji komunitního přístupu dále, takže tam můžeme hledat možnou prognózu. Dle Matouška je v Evropě velkým trendem decentralizace velkých sociálních a zdravotnických ústavů. Další novou formou práce je zvláštní podoba streetworku, která není zaměřená na specifickou klientelu, ale na všechny obyvatele dané komunity. Snaží se nejen řešit vzniklé problémy, ale hlavně také o prevenci.<sup>37</sup> To znamená, že pracovníci docházejí do míst, kde žádné problémy nenastaly.

---

<sup>37</sup> Matoušek, 2003

## ZÁVĚR

Psychóza je pojem označující oblast nemocí s podobnými příznaky. Mezi psychózy patří i schizofrenie. Je to závažné duševní onemocnění, které propuká v mladém věku, a tak se může podepsat na dalším průběhu celého života nemocného. Z toho důvodu je nesmírně důležité, aby byla pacientovi dostupná správná a včasná pomoc k rehabilitaci. Člověk, nemocný schizofrenií potřebuje dobré vztahové zázemí, podporu blízkých a nějakou aktivní činnost. To vše může komunita, ať už přirozená nebo terapeutická, nabídnout. Prioritou komunitní péče je integrovat duševně nemocné občany zpět do společnosti. Poskytovat péči co nejdéle to jde v přirozeném prostředí pacienta, pokud je to jeho přání. Minimalizovat hospitalizace a zkracovat dobu hospitalizací na dobu nezbytně nutnou.

*Předností* komunitní péče je orientace na následnost péče po propuštění z lůžkové péče, především u dlouhodobých stavů onemocnění, kde je třeba propojovat péči sociální a zdravotní. Následná péče může být různá, máme zde různé nástroje v podobě široké škály terapií. Jedná se o psychoterapii, socioterapii, rodinnou terapii, expresivní terapii a konečné komunitní terapii, která všechny předchozí možnosti terapií bere na vědomí a kombinuje dle potřeb klientů. Komunitní činnost si klade za cíl monitorovat pohyb klienta sociálně zdravotními službami ve městě a využívá systém klíčových pracovníků a plánů péče. Pracuje s celým sociozdravotním zázemím klienta, eliminuje sekundární deviace, které jsou závislé od pohledu společnosti na klienta. Smyslem komunitní péče je také zvyšovat toleranci, dobré sousedství a sociální zodpovědnost, snižovat intoleranci, předsudky a strach.

*Úskalím* komunitní péče může být neochota členů komunity měnit stávající zvyklosti, nepřipravenost občanů komunitě myslet a ve větších komunitách to může být i opomíjení jedince jako individuální osoby. Úspěšnost komunitní terapie je pak postavena na včasné práci se "zbytkovým potenciálem" klienta minimalizováním toho, co způsobuje dlouhodobou nemocnost. V práci se zabývá rodinou jako nejužší a základní formou komunity, která jedince ovlivňuje, což jsme si ilustrovali na kasuistickém případě. Kasuistický případ

nám také ukázal, že i s tak závažnou duševní chorobou může člověk úspěšně bojovat, avšak jen za pomoci léků, účelných služeb a dobrého zázemí. K prozatímní úspěšné léčbě tedy přispělo: včasný odvoz do léčebny, návaznost a dostupnost služeb, podpora rodiny a přátel, vstřícný přístup ze strany školy, kterou klientka studuje.

*Hlavní význam komunity při rehabilitaci psychóz* vidím ve dvou dimenzích. První je právě preventivní působení, druhá pak vliv komunity na úspěšnosti rehabilitace. Vzhledem k tomu, že v primární potřebě člověka nemocného schizofrenií je ujistit se, že ho okolí přijímá, že někam patří, zasluhovalo by toto téma větší pozornost jak sociálních pracovníků a terapeutů, tak autorů vědeckých publikací, kterých je v současné době k dispozici velmi málo. Jak shrnuji v závěrečných tezích, máme ještě spoustu možností volného působení v procesu rehabilitace lidí se schizofrenií, ve kterých by se komunitní péče uplatnila a kde by mohla nahradit klinický model. Zkušenosti s komunitní péčí máme především v oblasti léčby osob drogově závislých, rozvíjí se i v léčbě psychóz. Podnětem je také otázka návaznosti komunity terapeutické na občanskou a současné podmínky pro přijetí komunitní péče v České republice.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## *Primární literatura:*

HARTL, Pavel. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Slon 1997

HARTL, Pavel. Komunitní práce. Praha: FF UK, 1993

KRAUS, Blahoslav, POLÁČKOVÁ, Věra et al. Člověk – Prostředí – Výchova. Brno: Paido 2001

KOLEKTIV AUTORŮ. Léčíme se s psychózou: příručka pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Medical Tribune CZ 2005

MPSV. Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb. Praha: MPSV ČR 2004

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál 2003

NOVÁK, Tomáš, SMÉKALOVÁ, Etel, LAUERMAN, Marek. Standarty kvality sociálních služeb v komunitních centrech. Praha: Nová škola o. p. s. 2005

SVOBODA Mojmir; ČEŠKOVÁ Eva; KUČEROVÁ, Hana. Psychopatologie a psychiatrie. Praha: PORTÁL 2006

***Sekundární literatura:***

BAŠTĚCKÁ, Bohumila a kol. Klinická Psychologie v praxi. Praha: Portál 2003

HARTL, Pavel. Stručný psychologický slovník. Praha: Portál 2004

KOLEKTIV AUTORŮ. Slovník cizích slov. Praha: Encyklopedický dům 1995

MALÁ, Eva. Schizofrenie v dětství a adolescenci.

Praha: Grada Publishing s. r. o. 2005

ŘÍČAN, Pavel. Psychologie, příručka pro studenty. Praha: Portál 2005

SOBOTKOVÁ, Irena. Psychologie rodiny. Praha: Portál 2001

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese.

Praha: Portál 1999

..

ZVOLSKÝ, Petr a kol. Speciální psychiatrie.

Praha: Nakladatelství Karolinum 2003

***Hypertextové odkazy:***

[Cit. 2. 6. 2007] <http://www.adiktologie.cz/>