

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta

Katedra psychologie a sociologie



Bakalářská práce

Integrovaný terapeutický program pro klienty se schizofrenií v praxi

Vedoucí práce: PhDr. Jan Polivka

Autor práce: Jiřina Havlíčková, DiS.

Studijní obor: B 750 Sociální péče - Sociální a charitativní práce, dálkové studium

Ročník: IV

2010

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

22. března 2010

.....
Jiřina Havlíčková

**Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. Janu Polivkovi za cenné rady,
připomínky a metodické vedení práce.**

Obsah

1.1. Základní charakteristika onemocnění	10
1.2. Schizofrenie v kontextu mezinárodní klasifikace nemocí	11
1.3. Typy schizofrenie	12
1.4. Průběh a příznaky onemocnění	14
1.4.1. Poruchy myšlení a pozornosti	15
1.4.2. Porucha vnímání.....	15
1.4.3. Poruchy emocí.....	15
1.4.4. Motorické symptomy	16
1.4.5. Pokles schopnosti zvládat nároky běžného života	16
1.5. Kognitivní deficit	16
1.5.1. Paměť	17
1.5.2. Pozornost.....	18
1.5.3. Myšlení.....	18
1.5.4. Řeč	19
1.5.5. Motorika.....	19
1.6. Léčba schizofrenie	19
1.6.1. Farmakoterapie.....	20
1.6.2. Psychoterapie	21
1.6.3. Rehabilitace.....	21
2.1. Základní charakteristika	22
2.2. Vymezení programu IPT v kontextu ostatních psychoterapeutických směrů	23
2.3. Průběh a plánování IPT programu	24
2.4. Jednotlivé podprogramy IPT	26
2.4.1. Kognitivní diferencování	27
2.4.2. Sociální vnímání	28
2.4.3. Verbální komunikace.....	29
2.4.4. Sociální dovednosti	29
2.4.5. Interpersonální řešení problémů.....	30
2.5. Hodnocení efektivity programu	31
3.1. Základní charakteristika zařízení	32
3.2. Cíle organizace.....	33
3.3. Poskytované služby a způsob práce	33
3.4. IPT v kontextu služeb Prahu	35
3.5. Průběh IPT v Prahu	35
4.1. Cíle práce a výzkumná otázka.....	38
4.2. Charakteristika zkoumaného jevu	39
4.3. Metodika výzkumu	39
4.4. Technika sběru dat.....	41
4.5. Dotazník	42

4.6. Výzkumný vzorek	43
4.7. Výzkum a jeho etika.....	44
5. Analýza dat.....	44
5.1. Otevřené kódování	45

ÚVOD

Tato práce se zabývá programem, který je určen pro klienty s onemocněním schizofrenie a zaměřuje se na minimalizaci tzv. kognitivního deficitu, který je obvykle po akutní epizodě této nemoci přítomen.

Oficiální název tohoto programu je **Integrovaný terapeutický program pro klienty se schizofrenií; běžně se užívá zkratka IPT.**

Realizuje se v ČR v několika organizacích, např. Fokus Praha; já sama jsem prošla také školením v této organizaci a měla jsem pak možnost daný program vést v praxi ve své domovské organizaci.

Celá práce je členěna na **teoretickou a praktickou část (výzkum).**

Cíl práce je zaměřen na praxi a vyhodnocení části praktické – kvalitativního výzkumu; který je realizován prostřednictvím rozhovorů (a jejich vyhodnocení) s účastníky IPT programu v naší organizaci. Zajímá nás zejména pohled samotných klientů na efektivitu programu a naplňování deklarovaných cílů; výsledky výzkumu budeme také zohledňovat v praxi při organizaci dalších běhů tohoto programu.

Teoretická část se pak celá vztahuje k části praktické a doplňuje tak čtenáři potřebné informace z této problematiky.

Je členěna na tři části:

- v první se zabývám samotným onemocněním schizofrenie (jsou zde uvedeny jednotlivé typy nemoci, důsledky onemocnění a také možnosti léčby; větší pozornost je věnována tzv. kognitivnímu deficitu, na který právě program IPT působí)
- v druhé části se věnuji programu IPT – jeho historii, tvůrcům, jeho začlenění mezi ostatní směry terapií a také jeho průběhu a jednotlivým částem
- protože celý program a výzkum byl realizován v naší organizaci za konkrétních podmínek, věnuji třetí část stručné charakteristice naší organizace a způsobu realizace IPT programu právě v této instituci.

SCHIZOFRENIE

Jak již bylo řečeno v úvodu, tato práce pojednává o Integrovaném terapeutickém programu pro klienty s psychózou (zejména se schizofrenií); považují tedy za nutné první část práce věnovat právě vymezení pojmu schizofrenie a také základní charakteristice jejího průběhu a možné léčby.

1.1. Základní charakteristika onemocnění

Autoři psychologického slovníku vymezují pojem schizofrenie jako *„pojem šířeji užívaný pro celou skupinu psychóz charakterizovaných ztrátou smyslu pro reálný svět, ponořením se do vlastních fantazií, halucinací; popřípadě bludů, které jsou pro jiné lidi nesrozumitelné; přičemž obraz choroby je u jednotlivých pacientů značně rozdílný.“*¹

Alice Gojová ve svém Sborníku studijních textů charakterizuje toto onemocnění jako: *„poruchu obecně charakterizovanou význačnými poruchami myšlení, vnímání a afektivity, afektivita je nepřiměřená nebo oploštělá. Myšlení může být rozjízdivé až inkohrentní (nedává smysl); schopnost takto nemocných lidí třídit informace je rovněž narušena“.*²

Toto onemocnění má své charakteristické příznaky, jež lze rozdělit na příznaky projevující se v akutní fázi nemoci – halucinace a bludy (halucinace = porucha vnímání, kdy člověk na základě nulového či jiného podnětu vnímá věci, které nejsou; blud je pak poruchou myšlení) a příznaky vyskytující se v dalších fázích, kdy je člověk léčen...často přetrvávají i po залéčení, stávají se součástí života klienta a je třeba s nimi počítat. Může jít o celkovou únavu, různé poruchy spánku, změny nálad, nedostatečnou motivaci, ztrátu kontaktu s okolím a stažení se do sebe, třes rukou a řadu dalších. Při schizoafektivní poruše se vyskytují také

1 HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X., str. 534

2 GOJOVÁ, Alice. Psychiatrické minimum. In Sborník studijních textů pro sociální kurátory. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2009. Schizofrenie. s. 78-83. ISBN 978-80-7368-6., str. 80

všechny příznaky bipolární poruchy – tedy střídání deprese a mánie v různých intervalech a intenzitě.

Mezi další příznaky lze řadit také změny v citovém prožívání- pacient na některé podněty reaguje nepřiměřeně (bývá nečekaně přecitlivělý), protože pro něj mají jinou hodnotu než pro zdravého člověka. Častá je také citová oploštělost a otupělost, a to zvláště v pozdějších fázích nemoci. U chronické schizofrenie je častá emoční apatie, tedy naprostý nezájem.

U některých klientů je také patrné stažení se do sebe (autismus) a omezení kontaktů s okolím; neschopnost přizpůsobit se požadavkům, které na něj okolí a společnost klade. Téma problémů a příznaků u schizofrenie dále podrobněji rozpracovávám v kapitolách Průběh onemocnění a Kognitivní deficit u schizofrenie.

Existuje více druhů tohoto onemocnění – například paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie atd; a dále lidé se schizoafektivní poruchou – jde o onemocnění schizofrenií a bipolární poruchou současně – viz. následující kapitola.

1.2. Schizofrenie v kontextu mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí toto základní rozdělení duševních nemocí:³

F00 – F09 Organické duševní poruchy, včetně těch symptomatických

F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

3 VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 420 s. ISBN 978-80-7367-414-4., str. 334

F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 – F79 Mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

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

F99 – Nespecifikovaná duševní porucha

Program IPT je vhodný pro klienty pohybující se ve spektru diagnóz F20 – F35; jedná se tedy o všechny druhy schizofrenie a také je možné zařadit klienty s diagnózou schizoafektivní poruchy (kde se projevují příznaky schizofrenie; tedy bludy a halucinace společně s projevy bipolarity nálad – depresí a mánií). Podrobněji viz. následující kapitola.

1.3. Typy schizofrenie

Existují různé formy schizofrenií; které se liší svou formou, projevy i průběhem:⁴

Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejčastější formu tohoto onemocnění, které je charakteristické paranoidními bludy a halucinacemi; a to zejména sluchovými.

Typický je pocit klienta, že je pronásledován, pozorován či někým ohrožen; často se vyskytuje také velikášství – klient se cítí být někým významným, často jde o nějakou známou a veřejně angažovanou osobu.

Paranoidní forma schizofrenie vzniká zpravidla později než ostatní formy.

Hebefrenní schizofrenie

Typický klient trpící touto formou schizofrenie má sklon k vulgárním projevům, klackovitému chování a neomalenosti vůči svému okolí. Mezi další projevy patří také oploštilost v emočním prožívání a náladách a také určitá tendence k

4 tamtéž, str. 345

izolovanosti vůči okolí; chování takových klientů se někdy může zdát nepřiměřené dané situaci. Souvislost v myšlení může být také narušena, typické je filozofování a promýšlení různých témat.

Klienti mohou zanedbávat svůj zevnějšek (často chodí neupravení či stejně oblečení).

Tato forma schizofrenie je méně častá; také ve své praxi jsem se s těmito klienty setkávala nejméně; bohužel má však špatnou prognózu; zasahuje jedince většinou v rané dospělosti, kdy jeho osobnost není ještě plně vyvinuta.

Katatonní schizofrenie

Typickým projevem této formy je narušení psychomotoriky klienta, ten setrvává v jedné nepřírozené poloze či se naopak nadměrně pohybuje.

Klient má rovněž problémy s kontaktem a komunikací; většinou nereaguje na žádné podněty ze svého okolí; popř. je ve svých projevech negativistický.

Jde o vzácnou formu schizofrenie; během své 4-leté praxe jsem se s žádným klientem trpící touto formou nesetkala.

Simplexní schizofrenie

Klient je pasivní, od svého okolí se izoluje a většinou nezvládá ani nejběžnější nároky svého okolí.

Výkonnost je nízká, což jeho okolí má tendenci chápat jako lenost a nedostatek vůle klienta. Klient také často odchází (z domova či jiného nejbližšího okolí), je nezvěstný a toulá se.

Tato forma schizofrenie často vzniká postupně a plíživě; nevyskytují se zde bludy a halucinace.

Nediferencovaná schizofrenie

Tato forma splňuje kritéria pro schizofrenní onemocnění, nelze však její projevy přiřadit k žádnému z výše jmenovaných druhů onemocnění.

Reziduální schizofrenie

Jde o stádium, kdy je nemoc chronická delší dobu; typické jsou tyto příznaky: zpomalené tempo, oploštilá emotivita, malá iniciativa, nemluvnost a obtížné vyjadřování, nevýrazná neverbální komunikace apod.

Postschizofrenní deprese

Jedná se o stav po odeznění akutní fáze nemoci, současně některé příznaky stále přetrvávají, ale nejsou již dominantní. Nálada je silně depresivní a hrozí riziko suicida.

1.4. Průběh a příznaky onemocnění

Onemocnění postihuje přibližně 1% populace a řadíme je k nejzávažnějším psychickým poruchám; většinou vzniká v mladém věku (mezi 16-25 lety), ale může se rozvinout také později (např. u žen po porodu apod.). Postihuje ve stejné míře muže i ženy a také je její výskyt prokázán ve všech kulturách.⁵

Onemocnění může propuknout náhle, např. po předcházejícím náročném a stresovém období klienta, jindy se onemocnění rozvíjí delší dobu, nastupuje plíživě a pojí se s rostoucí sociální izolací.

Nedá se určit, co bylo konkrétním spouštěcím momentem počátku onemocnění; zda by se díky vrozeným predispozicím nerozvinulo i bez počátečního impulzu (tento impulz představuje např. již výše zmíněný stres v životě klienta, požití drogy apod.). Dá se tedy říci, že příčiny jsou multifaktoriální (vzájemně spolupůsobí biologické, psychologické i sociální faktory).⁶

Příznaky onemocnění lze členit na příznaky projevující se v akutní fázi nemoci a na příznaky vyskytující se při jejím залечení; přičemž se obě kategorie někdy prolínají a také není pravidlem, že se vyskytují všechny symptomy najednou.⁷

5 RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Galén, Praha, 2001, 622 s., str. 320

6 VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 420 s. ISBN 978-80-7367-414-4., str. 350

7 DORNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské*. Praha : Grada, [199-?]. 353 s. ISBN 80-

1.4.1. Poruchy myšlení a pozornosti

Myšlení může být narušeno jak ve své formě, tak v obsahu.

Asociační obsah myšlení je uvolněn a přesouvá se od jednoho tématu ke druhému zdánlivě bez souvislostí; také verbální projev může být nesouvislý; běžné se taková produkce nesouvislých slov a vět označuje pojmem „slovní salát“.

Problémem je také výběr informací z okolí klienta; zdravý člověk dokáže odlišit podstatné informace a vjemy od nepodstatných; tato schopnost je u nemocných schizofrenií omezena.

Mezi poruchy obsahu myšlení řadíme bludy, jde o mylný výklad skutečností a reálného světa; vyskytují se různé druhy bludů; např. bludy perzekuční (klient má pocit, že je pronásledován či ohrožován). Porucha myšlení se vyskytuje zejména v akutní fázi onemocnění.

1.4.2. Porucha vnímání

Do této skupiny řadíme zejména halucinace, tedy smyslové prožitky, které se objevují bez jakékoli reálné stimulace z okolního prostředí. Halucinace mohou být různého druhu: sluchové, haptické, taktilní, čichové, zrakové atd. Nejčastější jsou halucinace sluchové.⁸ Halucinace představují typický projev akutní fáze onemocnění, ve své praxi jsem se často také setkávala s tím, že se u klientů opakovaně objevovaly i v remisi nemoci; např. při velké zátěži a stresu.

1.4.3. Poruchy emocí

Emoce klientů mohou být tzv. nepřiléhavé; to znamená, že emoční reakce klienta okolí chápe jako neadekvátní a často jim nerozumí. V situacích, kdy by zdravý člověk reagoval smutkem či radostí, mohou klienti reagovat jinou emocí či nereagovat vůbec a stáhnout se do svého světa.

Často se vyskytuje tzv. „emoční oploštilost“, kterou klienti popisují jako

7169-628-5.

8 RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P.: *Psychiatrie*. Galén, Praha, 2001, 622 s., str. 320

neschopnost citového prožívání a angažovanosti.

Ve své praxi jsem se s poruchami emocí u klientů setkávala jak v akutní, tak v již zaléčené fázi nemoci.

1.4.4. Motorické symptomy

U klientů je možné pozorovat bizarní motorickou aktivitu – grimasování, stereotypní gestikulaci, pohyby těla, stereotypní chůzi či se naopak izolují a přestávají vykazovat známky motoriky.

Tento příznak je typický zejména v akutní fázi nemoci.

1.4.5. Pokles schopnosti zvládat nároky běžného života

Ve své praxi jsem se setkala se značným počtem klientů, pro něž představuje zvládání běžného života a povinností značnou zátěž. Mají problémy se získáním a udržením si zaměstnání, navazováním vztahů, cestováním v dopravě a řadou dalších činností, které jsou pro ostatní běžné.

Tyto příznaky představují stěžejní problém po zaléčení akutní fáze a jejich zvládání je předmětem rehabilitace a psychoterapie – viz. kapitola léčba schizofrenie. Značná část klientů může být autistická; tedy stažená do sebe a obtížně navazovat kontakt s okolím.

Dle mých zkušeností je symptomatika u každého klienta poněkud odlišná, kromě zvýšených příznaků a problémů se objevuje také úzkost, nespavost, potíže spojené s braním antipsychotických léků apod.

Vzhledem k tématu této práce nyní zmíním poslední příznak a důsledek proběhlé schizofrenní epizody – tzv. kognitivní deficit. Vzhledem k tomu, že Integrovaný terapeutický program, o kterém tato práce pojednává, je na eliminaci kognitivního deficitu zaměřen, věnuji této problematice celou následující kapitolu.

1.5. Kognitivní deficit

Deficit kognitivních funkcí je v současné době pokládán za jeden ze základních a hlavních příznaků schizofrenie. Vyskytuje se u 40-60 % pacientů trpících tímto onemocněním, významně koreluje s nepříznivou prognózou nemoci a znesnadňuje začlenění pacientů zpět do normálního života.⁹

Dochází k prudkému zhoršení kognitivních funkcí a to zejména během první akutní fáze schizofrenie, často přetrvává jako její pozůstatek také v remisi a je třeba na jeho odstranění a na zlepšení kognitivních funkcí s klientem nadále pracovat (např. programem IPT). Při dalších znovuzplanutích choroby se může opět zhoršovat; a není vždy pravidlem, že se úroveň kognitivních schopností vrátí na premorbidní úroveň.

Kognitivní funkce – tedy schopnost mozku adekvátně zpracovat dostupné informace - se významně podílí na společenské a pracovní zdatnosti jedince¹⁰; a mají tak rozhodující vliv na jeho léčbu a znovuzachlazení se do společnosti; kognitivní deficit se totiž projevuje zejména při běžných činnostech lidského života – např. při plánování dne, učení se, schopnosti přizpůsobit se požadavkům svého okolí, dodržování léčebného režimu apod.

S kognitivní disfunkcí též souvisí schopnost náhledu klienta na nemoc a akceptace další léčby.

Autoři článku dále uvádí, že asi pouze u 15% nemocných v dobré remisi se úroveň kognitivních schopností vrací na premorbidní úroveň.

Kognitivní deficit znamená deficit zejména u těchto kognitivních funkcí (uvádím zde samostatně popis těch nejvýznamnějších):

1.5.1. Paměť

Paměť představuje schopnost uchovat a následně si vybavit informace, od této skutečnosti se pak odvozují naše každodenní vjemy, myšlenky, představy a

9 Kognitivní deficit. Medicína : Odborné forum lékařů a farmaceutů [online]. 1998, č. 5 [cit. 2010-02-10], s. 11-12. Dostupný z WWW: <file://localhost/C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Plocha/Kognitivní%20deficit%20u%20schizofrenie.mht>.

10 tamtéž

pohyby.¹¹

Paměťové procesy procházejí třemi stádii:

- kódování: jedná se o proces transformace daných informací do určitého kódu, který je akceptovatelný
- uchování: je určitým procesem zachování této informace
- vybavení: je proces, s jehož pomocí je informace opět získána

Tyto tři procesy pracují jinak při ukládání si informací do krátkodobé a jinak při ukládání si informací do dlouhodobé paměti. Velký vliv na vybavování si informací má také emoční stav jedince.¹²

1.5.2. Pozornost

Představuje zaměření objektu na určitý děj či objekt; je určitou duševní činností.¹³

Jedná se o proces, kdy smyslový vjem vstupuje do vědomí.

Lze ji dělit na záměrnou a bezděčnou, do schopnosti věnovat něčemu pozornost vstupují různé faktory: tělesný i psychický stav subjektu, prostředí apod.

Tenacita: jde o schopnost udržet pozornost zaměřenou na žádaný objekt; toto je důležité např. při záměrném učení.

Vigilita je schopnost jedince pohotově měnit zacílení pozornosti.

1.5.3. Myšlení

Jedná se o schopnost člověka vytvářet složité myšlenky a tyto následně sdělovat druhým lidem.¹⁴

Každý člověk disponuje určitými poznatky, které během života získal, z nich pak při řešení úkolů odvozuje určité závěry. Myšlení mu umožňuje odpovídat na požadavky světa – volit si prostředky pro dosahování svých cílů, plánovat

11 ATKINSONOVÁ, R. L., et al. Psychologie. 1995. vyd. Praha : Victoria Publishing, 1995. 400 s.

12 GOJOVÁ, Alice. Psychiatrické minimum. In Sborník studijních textů pro sociální kurátory. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2009. Schizofrenie. s. 78-83. ISBN 978-80-7368-6., str. 70

13 tamtéž

14 tamtéž

činnosti, předvídat apod.

Mezi myšlenkové operace patří analýza a syntéza, srovnávání, zobecňování a třídění, pojmy, soudy a úsudky.

Myšlení se může u jednotlivců odlišovat svým průběhem, šíří, hloubkou, pružností, důsledností a dalšími faktory.

1.5.4. Řeč

Tento zvukový projev člověka slouží především ke komunikaci; skládá se ze slov, která představují lexikální systém daného jazyka. Slova lze také chápat jako symboly s kulturně daným významem.

Centrum řeči se nachází v mozkové kůře, vycházejí odsud signály do ostatních orgánů (svalů, plic apod.) pro dobrou koordinaci řeči.

Řeč je také velmi důležitá pro rozvoj myšlení, je důležitým faktorem výzkumů vývojové psychologie.

Řeč lze dělit na vnitřní a vnější.

1.5.5. Motorika

Cílevědomý proces¹⁵, který motorická činnost představuje, je řízen centrální nervovou soustavou, uskutečňuje se v interakci mezi člověkem a okolím za přispění pohybové soustavy.

Jedná se vlastně o souhrn pohybových předpokladů; mezi znaky patří uchopování předmětů, lateralita, chůze a držení těla, motorika spjatá s řečí (gesta apod.).

1.6. Léčba schizofrenie

V této kapitole pro úplnost charakterizují základní typy léčby schizofrenie; aby si čtenář vzhledem k tématu této práce mohl vytvořit úsudek, kam lze program IPT v celkové léčbě zařadit.

¹⁵ GOJOVÁ, Alice. Psychiatrické minimum. In Sborník studijních textů pro sociální kurátory. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2009. Schizofrenie. s. 78-83. ISBN 978-80-7368-6., str. 71

Jeho podrobnější zařazení mezi psychoterapeutické směry léčby je rozpracováno v další části bakalářské práce – v kapitole 2.2. Vymezení programu IPT v kontextu ostatních psychoterapeutických směrů

Obecné informace o léčbě

V současné době se vyhlídky takto nemocných klientů zlepšují; dochází k tomu především díky rozvoji farmakologických léků, ale také díky multidisciplinárnímu pohledu na samotnou léčbu a stále větší pozornosti věnované prevenci a opakování se relapsů onemocnění.

Samotný průběh léčby závisí především na formě nemoci a na fázi, ve které se dotyčný nachází.¹⁶

Léčbu lze rozdělit do tří okruhů možností a poskytovaných služeb: farmakoterapii, psychoterapii a rehabilitaci.

1.6.1. Farmakoterapie

Léky, jež se v současné době používají, lze rozlišit do dvou skupin:

- Standardní antipsychotika (dříve nazývaná neuroleptika)
- Nová antipsychotika (nazývaná také antipsychotika druhé generace)

Standardní antipsychotika¹⁷

Tyto léky se někdy označují také jako „klasická“ antipsychotika a v klinické praxi se užívají zhruba od padesátých let dvacátého století. Dříve se též užíval termín neuroleptika.

Během praxe se ukázalo, že tyto léky velmi příznivě ovlivňují tzv. pozitivní příznaky nemoci (tedy příznaky v akutní fázi); bohužel na přetrvávající tzv. negativní příznaky (již v dosažené remisi) nejsou již tak úplně funkční.

Bohužel jsou známy také vedlejší účinky této léčby; klient může trpět různými

16 SALAVOVÁ, Jana . Život s duševním onemocněním. Brno, 2007. 63 s. Evangelická akademie Brno. Vedoucí absolventské práce Mgr. Martin Švanda.

17 SALAVOVÁ, Jana . Život s duševním onemocněním. Brno, 2007. 63 s. Evangelická akademie Brno. Vedoucí absolventské práce Mgr. Martin Švanda.

potřizemi extrapyramidálního motorického systému.

Do této skupiny řadíme např. Chlorpromazine, Chlorprothixene, Haloperidol nebo Benperidol.

Nová antipsychotika¹⁸

Při hledání nových léků se odborníci soustředili především na preparáty, které by měly vliv jak na pozitivní, tak na negativní projevy nemoci; důležitá je také co nejmenší četnost vedlejších účinků.

Jedním z prvních léků této řady je clozapin.

Pro tuto skupinu léků se též využívá označení „atypická antipsychotika“ či antipsychotika druhé generace.

Kromě výše uvedených skupin se jako doplněk k léčbě využívá účinků celé řady dalších preparátů; jedná se o léky z řad antixiolitik (léky působící na pocíťování úzkosti), antidepresiv apod.

1.6.2. Psychoterapie

Podrobnější členění těchto možností léčby je uvedeno v kapitole 2.2., která uvádí vymezení jednotlivých druhů a směrů terapie a také společné znaky jednotlivých přístupů, které jsou pro léčbu klientů se schizofrenií podstatné.

1.6.3. Rehabilitace

Někdy se jednotlivé směry rehabilitace (např. rehabilitace psychosociální) řadí mezi jednotlivé směry psychoterapie; také já toto členění respektuji (viz. kapitola 2.2.).

V této části pouze shrnu základní charakteristiku a důležité body rehabilitační práce s klienty.¹⁹

¹⁸ tamtéž

¹⁹ Studijní texty k modulu Psychiatrická rehabilitace : Materiál vytvořen v rámci projektu Matra III.

1. vyd. Praha : Centrum péče o duševní zdraví, 2004. Filosofie psychiatrické rehabilitace, s. 5

Metoda psychosociální rehabilitace (dále jen PSR) je metoda, která spočívá v navázání vztahu klienta a pracovníka a ve vzájemné důvěře. Společně se setkávají v (1-2x týdně), stanoví si cíl spolupráce, který naplňují po krocích; vše průběžně hodnotí. Rozdíl mezi PSR a psychoterapií spočívá v tom, že sociální pracovník má kromě těchto setkání možnost také s klientem absolvovat praktické nácviky – například návštěvu soudního řízení či jiného jednání na úřadě apod.

Je také třeba, aby pracovník zvládal krizové situace, které se mohou vyskytnout (například sebevražedné chování klienta); pokud se klient dostane do PL, navštěvuje jej pracovník i tam a snaží se vzájemný vztah udržet.

INTEGROVANÝ TERAPEUTICKÝ PROGRAM PRO KLIENTY SE SCHIZOFRENIÍ (IPT)

2.1. Základní charakteristika

MUDr. Ondřej Pěč v předmluvě ke knize s názvem Integrovaný terapeutický program pro schizofrenní pacienty (dále jen IPT) uvádí, že se v našich podmínkách jedná o *„dosud málo známou oblast v pojetí a léčebném přístupu k problematice schizofrenie; současně tento přístup zahrnuje jak zvládnutí kognitivních poruch, narušených sociálních funkcí a schopností řešit problémy, tak i přístupy skupinově dynamické“*. 20

Tento program je znám již od druhé poloviny sedmdesátých let, kdy jej začal vytvářet kolektiv autorů (V. R. Hans, D. Brenner, N. Kienzle a B. Hodel) na psychiatrické klinice v Manheimu, později v Bernu.

Znalost a provádění programu se postupně rozšířilo do celého světa; musíme však konstatovat, že pro léčbu schizofrenních pacientů se v ČR začal používat teprve v roce 1991.

Tato spolupráce vznikla na zpodnětu pracovníků organizace Fokus Praha, kteří navázali úzkou spolupráci s odborníky z Německa a realizovali pilotní program pro několik skupin klientů denního stacionáře; později začala také pracovat skupina hospitalizovaných chronicky nemocných pacientů v PLČ.²¹

Tvůrci programu vycházeli při jeho členění a tvorbě ze znalostí výzkumů z oblasti psychiatrie; vznikl tak program skládající se z pěti podprogramů (podrobněji viz. kapitola 2.3).

V současné době je znalost tohoto programu předávána dále; zejména prostřednictvím školení a kurzů, které Fokus Praha pořádá pro zaměstnance

20 HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 6-7

21 tamtéž

státních i neziskových organizací, které si vytyčily jako cílovou skupinu klienty se schizofrenním onemocněním.

Dle mého názoru si však program své místo a příznivce stále hledá; také není k dispozici dostatečné množství průkazných experimentů a studií, které by jeho účinnosti jasně a konkrétně prokázaly.

2.2. Vymezení programu IPT v kontextu ostatních psychoterapeutických směrů

Psychoterapie pro klienty se schizofrenií lze členit několika způsoby: 22

- dle počtu na individuální a skupinovou
- a dle zaměření a metod na **investigativní** - odkrývající (do této skupiny řadíme dynamickou psychoterapii, transpersonální a flexibilní psychoterapii); dále na **podpůrnou – suportivní psychoterapii** a na **psychosociální intervenci a nácvikovou psychoterapii** (behaviorální terapie, rodinná terapie a intervence, psychoedukace, kognitivně-behaviorální směry, program žetonového hospodaření, kognitivní rehabilitace, nácvik sociálních dovedností)

Autoři článku nicméně uvádějí některé znaky, jež jsou pro jednotlivé směry léčby společné. Jedná se zejména o posílení sebevědomí klienta, vytvořit pro něj pocit bezpečí a kontroly nad svým vlastním životem, jde o znovu nalezení pocitu, že je výkonným člověkem. Mezi další cíle terapií patří oddělení patologického prožívání od zdravého, vytyčení reálných cílů v léčbě i v životě a v neposlední řadě také práce s rodinou a blízkými osobami z klientova okolí.

Ve výše zmíněném článku je terapeutický program IPT řazen do kategorie kognitivní rehabilitace; hlavním důvodem je fakt, že schizofrenie se pojí s různou mírou neurokognitivního postižení, které nelze plně korigovat léčbou medikamenty. Proto v posledním desetiletí bylo vytvořeno několik programů, které se zaměřovaly právě na zmírnění kognitivního deficitu; šlo jak o skupinové, tak o individuální programy.

22 PRAŠKO, Jan, HORÁČEK, Jiří, ŠKRDLANTOVÁ, Lucie. Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz. Psychiatrie. 2003, roč. 7, č. 4, s. 1-5. Dostupný z WWW: <file:///localhost/C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Plocha/Ina%20-%20škola,%20práce/Psychiatrie%20číslo%204,%202003.mht>.

Mezi nejpropracovanější systém patří právě IPT, který je dílem kolektivu autorů a ze kterého vychází také práce v naší republice.

Program IPT lze však také začlenit i do dalších systémů práce se schizofrenními pacienty, ve své praxi pracuji se svými klienty metodou psychosociální rehabilitace. Filozofie této metody také sdílí výše jmenované prvky; program IPT chápe jakou součást rehabilitace, tedy jako jednu z možných nabídek, které mohou klienti využít pro dosažení a udržení dobré remise onemocnění. Filozofie psychosociální rehabilitace je přesvědčení a naděje, že každý člověk, ať má sebevětší psychiatrické postižení, je schopen rozvíjet své dovednosti a osobnost a zlepšit si kvalitu života. 23

2.3. Průběh a plánování IPT programu

Integrovaný terapeutický program vychází z předpokladu, že je klientovi nabídnut jako součást komplexní léčby – tzn., že klient je současně léčen medikamenty, může využívat další způsoby terapie či spolupráce v odborníky v oblasti sociální. Neméně důležitá je také spolupráce a podpora rodiny.

Samotný program se skládá z pěti podprogramů, které se zaměřují především na terapii perceptivních a kognitivních poruch typických pro schizofrenii.²⁴

Těchto pět podprogramů tvoří:

- kognitivní diferencování
- sociální vnímání
- verbální komunikace
- sociální dovednosti
- interpersonální řešení problémů

Velikost skupiny, se kterou pracujeme by se měla pohybovat mezi čtyřmi a osmi klienty. V případě velké skupiny není možné program přesně zacílit a věnovat se

23 Studijní texty k modulu Psychiatrická rehabilitace : Materiál vytvořen v rámci projektu Matra III.

1. vyd. Praha : Centrum péče o duševní zdraví, 2004. Filozofie psychiatrické rehabilitace, s. 3-4.

24 HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 32

všem klientům v optimální míře. Naopak v případě příliš malé skupiny může snadno dojít k přenesení příliš velké zátěže na jednotlivé členy. Malé skupiny jsou navíc v nevýhodě při cvičeních, kdy je třeba získat více návrhů možného řešení situace. 25

Dále se uvádí, že ideální frekvence pro provádění programu jsou dvě sezení týdně, a to v délce 30 –90 minut; délka jednotlivých sezení záleží na tom, který podprogram a kterou úlohu skupina právě provádí. Obecně se dá říci, že první setkání bývají zpravidla kratší a že zátěž klientů postupně vzrůstá.

V prvních fázích programu nacvičují klienti jednodušší dovednosti, zejména základní kognitivní funkce. Teprve po osvojení těchto schopností je pozornost zaměřena na nácvik komplexnějších sociálních dovedností.

Současně má i každý podprogram svoji strukturu a postupuje od jednodušších, přehlednějších a více strukturovaných úkolů k těm složitějším – a to jak pro jednotlivce, tak také pro skupinu.

Se skupinou pracují zpravidla dva terapeuti, při složitějších cvičeních se doporučuje přítomnost až tří terapeutů, což z hlediska personálních možností jednotlivých organizací není vždy možné dodržet. Terapeuti se mohou ve vedení skupiny střídat, tato změna by však měla být všem klientům jasná; terapeut, který skupinu právě nevede, pomáhá klientům a účastní se programu jako jeden z nich.

Hlavní terapeut má za úkol celé terapeutické sezení strukturovat, skupinu motivuje a snaží se posilovat aktivitu jednotlivých členů. Pro terapeuty se užívá pojmenování hlavní terapeut a koterapeut. 26 Postupně dohází také ke změně v chování terapeuta, vedení skupiny postupuje od prvotního direktivního vedení až k více zdržlivému stylu.

Při řadě cvičení se využívá nejrůznějších pomůcek – například se promítají různé videa a fotky, dále se využívá flip chart, předem připravené kartičky se slovy či

25 HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 59

26 HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 61

symboly apod. Tyto pomůcky je možné získat při zakoupení knihy o provádění celého programu, je však také možné je samostatně vytvořit.

Pro práci skupiny je nutné vytvořit bezpečné prostředí – zajistit místnost, která zaručí soukromí a kde průběh sezení nebude narušován.

Během prvních sezení by terapeuti společně s klienty měli vytvořit určitá pravidla, dle kterých se bude ve skupině postupovat a která budou jednotliví členové dodržovat. Mezi obvyklé patří pravidlo mlčenlivosti a nevynášení informací mimo skupinu; tímto se také zajistí větší bezpečí a důvěra jednotlivých členů skupiny.

Důležitá je také práce s emocemi, které mohou pro mnohé klienty představovat značnou zátěž – ze začátku tedy pracujeme s tzv. věcným terapeutickým materiálem, který pro klienty představuje minimální emoční zátěž. 27

Je tedy jasné, že před samotným počátkem práce je nutné, aby si terapeuti vytvořili jasnou představu toho, co mohou a chtějí klientům nabídnout; jednotlivé kritéria programu IPT je možné přizpůsobit možnostem dané organizace. Také je důležité, aby se klienti dozvěděli přesně, co je čeká a uvážili, zda mají o program zájem – zda se tedy potká nabídka služby s poptávkou na straně klientů.

2. 4. Jednotlivé podprogramy IPT

Jak již bylo zmíněno v kapitole 2.3., terapeutický program IPT je tvořen několika podprogramy, jejichž průběhem se budu zabývat v následujících podkapitolách.

Jedná se o:

- **kognitivní diferencování**
- **sociální vnímání**
- **verbální komunikaci**
- **sociální dovednosti**
- **interpersonální řešení problémů**

27 HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 33

2.4.1. Kognitivní diferencování

Skupina se při tomto programu schází poprvé, autoři knihy uvádí, že každý člen by měl být předem na skupinu dobře připraven (měl by mít dostatečné množství informací) a motivován. 28

Dále uvádí, že je dobré předložit jednotlivým členům tzv. Frankfurtský dotazník obtíží, velká část položek v tomto dotazníku mapuje právě kognitivní poruchy 29 a klient si tak může lépe uvědomit, na kterých svých schopnostech by chtěl nejvíce pracovat. Je také možné předkládat tento dotazník opakovaně – nejlépe na konci programu a zjistit tak možné zlepšení jednotlivých účastníků.

Dle mé zkušenosti je také možné vybrat jiný vhodný dotazník a aplikovat tento. Otázkou ovšem zůstává, zda je možné zlepšení v testech považovat za jediný ukazatel úspěšnosti programu; zda není možné a přínosné přihlížet spíše k tomu, jak své zlepšení vidí samotní klienti (podrobněji viz. východiska výzkumu této práce).

Podprogramy se skládají z jednotlivých stupňů, které obsahují řadu cvičení; není možné tyto jednotlivá cvičení podrobně v této práci popisovat; součástí knihy *Integrovaný terapeutický program pro schizofrenní pacienty* 30 je však možné nalézt jejich podrobný popis včetně doporučení pro provádění. Jednotlivá cvičení jsou rozdělena dle obtížnosti; mezi nejjednodušší patří cvičení s kartičkami, které se navzájem mezi sebou liší různými znaky (klienti se snaží tyto rozdíly najít). Dále procvičení verbálních pojmů a jejich hierarchie, práce se synonymy, antonymy, vytváření definic slov, práce s pojmy s odlišným významem dle kontextu, hledání smyšleného předmětu apod.

2.4.2. Sociální vnímání

V tomto podprogramu se pracuje s obrazovým materiálem – vytvořeným CD, které obsahuje fotky lidí či skupin lidí při různých činnostech, v různých situacích

28 HANS, Volker, et al. *Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty*. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 62

29 tamtéž

30 tamtéž

či v různém citovém rozpoložení.

Autoři metody doporučují terapeutům podrobnou znalost obrázku již před zahájením sezení, 31 délka sezení se zpravidla prodlužuje na dobu 60 min.; za tuto dobu lze dle mých zkušeností stihnout i více jednoduchých obrázků.

Skupina nejprve shromažďuje informace o dění a lidech na obrázku, jde o pouhý popis, neměla by se zde objevovat interpretace. Klienti mají většinou tendenci obrázky rovnou interpretovat, je jim tedy daný úkol potřeba opakovaně vysvětlit.

K lepšímu popisu lze využít také další techniky: 32

- pokud nejsou klienti schopni obrázků popsat – jejich popis je roztříštěný, je možné využít techniku tzv. fokusování, zaměřit se tedy na popis středu obrázku a postupovat ke krajům.
- někdy je také třeba upozorňovat skupinu na obsah, který opomíjí
- je třeba jednotlivé členy posilovat - pokud se aktivně zapojí - třebaže jejich připomínky nejsou správné
- účelné je také shrnování již slyšeného

Po shromáždění dostatečného množství informací přechází skupina k interpretaci obrázků. Zde dle mých zkušeností již lze dobře vysledovat, kteří členové mají větší tendenci ke konformitě či mlčení – je potřeba všem dát dostatečný prostor k vyjádření svého názoru.

V poslední části cvičení hledá skupina název pro dění na obrázku, každý klient zpravidla vymyslí název svůj a skupina pak může hlasovat. Tato část v naší skupině sloužila jako čas „pro odreagování“, kdy je možné vnést do názvů humor a částečně tak vyrovnat dění v předchozím bodu cvičení (které bývá někdy konfliktní - v důsledků různých názorů).

31 HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 71

32 tamtéž

2.4.3. Verbální komunikace

MUDr. Ondřej Pěč uvádí, že *„podprogram verbální komunikace je spojující článek mezi nácvikem elementárních kognitivních funkcí a nácvikem komplexnějších dovedností k získání sociální kompetence, pro to pro něj musí mít pacienti nezbytně vytvořeny dostatečné předpoklady v obou prvních podprogramech.“*³³

Také je dle našich zkušeností pro klienty výhodné používat různé pomůcky – tužky, papír a různé vizuální pomůcky.

Mezi prováděné cvičení patří:

- Doslovná reprodukce vět (věty se různí dle obtížnosti – a to jak v délce vět, tak v tzv. emočním náboji vět)
- Reprodukce samostatně formulovaných vět dle smyslu (věty se vytváří na určité téma; ostatní se je pak snaží přesně reprodukovat)
- Samostatná formulace otázky s tázacími zájmeny a odpovědi na ně (dle mého názoru je výhodné vybírat „přitažlivé“ témata pro všechny členy skupiny; mírná kontroverze podnítl diskusi a zvýší angažovanost v práci jednotlivých členů)
- Cvičení, kdy se skupina dotazuje jednoho nebo dvou členů na určité téma
- Volná komunikace skupiny na zadané téma – tato část je pro terapeutů prakticky nejnáročnější, skupina již funguje svým vlastním životem a dynamikou a terapeuti do jednotlivých interakcí vstupují pouze, když to situace nezbytně vyžaduje (např. v případě agrese některého z členů apod.)

2.4.4. Sociální dovednosti

Autoři metody uvádějí, že k nácviku této části programu je výhodnější práce v malých skupinách; eventuálně také práce individuální.³⁴

³³ HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 80

³⁴ HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 90

Dle mých zkušeností se také prodlužuje délka skupiny (na dobu asi 1,5h); je proto dobré dohodnout si předem přestávky v práci.

Jako jednu z pomůcek lze využít také kameru, na kterou si cvičné rozhovory a situace zaznamenáváme a která nám tak umožní přesnější rozbor přehrané „scénky“.

Na začátku obdrží klienti od terapeutů zadání – například popis určité situace, kdy se setkávají s jinou osobou či osobami. Společným úsilím skupina vytváří možný scénář takovéto situace; důležité je, že klient v tomto scénáři hraje aktivní roli; např. navazuje s někým kontakt, nakupuje určité zboží apod. Po té se znění tohoto scénáře zaznamená na tabuli a nejprve jej společně přehrají terapeuti; klienti v tomto případě hrají roli pozorovatelů. Postupně si aktivní roli v hrané scéně vyzkouší také jednotliví klienti, kteří také zhodnotí náročnost prožité situace bodovým hodnocením. Scénce je také skupinou přiřazen název.

Při tomto cvičení se doporučuje pracovat nejprve s emočně nenáročným materiálem; vhodné je také zadávat „domácí úkoly“ v podobě procvičování podobných situací v reálném životě klienta.

2.4.5. Interpersonální řešení problémů

Poslední část programu IPT je nejméně standardizovaná; a to jak v tématech, kterými se zabývá, tak také v postupech řešení a v jednotlivých praktikách, které terapeuti uplatňují.

MUDr. Pěč uvádí, že z tohoto důvodu je vhodné, aby skupinu vedl zkušený psychoterapeut, který prošel výcvikem. 35

Skupina se nejprve rozhodne, jakému tématu se bude věnovat – mělo by se jednat o problém, na kterém je zainteresován co nejvyšší počet členů skupiny a který se týká běžného života jejich členů. V praxi jsme například řešili problém „jak si zvýšit motivaci k rannímu vstávání“ apod.

35 HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9, s. 100

Problém zpravidla nebývá vyřešen za jedno sezení, pracuje se na něm delší dobu a kromě návrhů by měl také obsahovat sepsání konkrétních kroků k překonání nesnáží; můžeme s jednotlivými klienty sepsat také terapeutickou smlouvu.

2.5. Hodnocení efektivity programu

Autoři programu uvádějí, že zatím žádné výzkumu jednoznačně neprokázaly dlouhodobý efekt zlepšení kognitivních funkcí u klientů; zlepšení bylo naměřeno pouze po ukončení programu a zatím není jasné, zda a jak dlouho přetrvává.

Nás ovšem více zajímal konkrétní pohled klientů – tedy to, jak jim samotným připadá program efektivní a zda se získanými dovednostmi dokáží pracovat i v reálném životě (viz. praktická část této práce).

NEZISKOVÁ ORGANIZACE PRÁH

3.1. Základní charakteristika zařízení

Integrovaný terapeutický program jsme realizovali v neziskové organizaci, která pracuje s cílovou skupinou klientů s psychotickým onemocněním. Za tyto klienty jsou považováni lidé s psychotickým onemocněním dle mezinárodní klasifikace F20 – F 35; jedná se tedy o všechny typy schizofrenií (paranoidní, hebefrenní atd.); dále schizoafektivní poruchu a pracujeme také s klienty, kteří zažívají těžké deprese.

Důležitý je také stabilizovaný psychický stav klienta, klienti by neměli trpět akutními příznaky schizofrenie, jejich léčba by měla pokračovat pouze ambulantně a měli by se před zařazením do programu cítit v optimální psychické kondici. Někteří autoři uvádějí, že je klienty vhodné zařadit do programu IPT asi 6 měsíců po proběhlé a zaléčené atace, my jsme však tuto možnost nabídli všem klientům sdružení; tedy i těm, kteří již akutní příznaky schizofrenie nepocítili delší dobu.

Jako další podmínku pro přijetí klientů do naší neziskové organizace je věk nad 18 let a vyloučení tzv. duální diagnózy, která by práci s tímto klientem znesnadňovala (nepracujeme např. s klienty, kteří mají v diagnóze klasifikovánu současně poruchu osobnosti).³⁶

Nezisková organizace Práh působí na jižní Moravě (v Brně) a je jedinou organizací tohoto typu v tomto městě; své služby proto nabízí pouze klientům, kteří mají trvalé bydliště v Brně. V současné době zaměstnává asi 25 pracovníků a je financována ze zdrojů brněnské psychiatrické léčebny (se kterou úzce spolupracuje); dále pobírá dotace z grantů MPSV a jiných organizací, nemalou částku tvoří také dary sponzorů.

36 www.prah-brno.cz [online]. ČR : 2005 [cit. 2010-01-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.prah-brno.cz/>>.

Sdružení nabízí celou řadu návazných služeb pro klienty s psychózou (viz. podkapitola 3.3.).

3. 2. Cíle organizace

Organizace splňuje standardy MPSV, její služby prošly také kontrolou inspektorů MPSV a to úspěšně.

V rámci vytváření těchto standardů pracovníci deklarovali závazné cíle organizace, na které navazují jednotlivé služby, tedy i nabídka možnosti účasti na IPT programu.

Mezi deklarované cíle patří: 37

- Poskytovat podporu v naplňování přání našich uživatelů pracovat, samostatně bydlet, vyplnit volný čas, vzdělávat se, najít přátele, zlepšit vztahy s rodinou, umět pečovat o své zdraví, najít smysl a význam svého života.
- Prosazovat a hájit práva uživatelů a jejich nejbližších
- Podporovat svépomocné aktivity Zlepšit vztah veřejnosti k lidem s duševním onemocněním

3.3. Poskytované služby a způsob práce

V Prahu se s klientelou pracuje tzv. metodou Psychosociální rehabilitace. Hlavní filozofií této metody je pomoci lidem s psychotickým onemocněním zvládnout toto onemocnění a jeho projevy tak, aby mohli spokojeně fungovat v prostředí, které si sami vybrali k životu a to co s nejmenší mírou podpory profesionálů.³⁸

37 *Www.prah-brno.cz* [online]. ČR : 2005 [cit. 2010-01-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.prah-brno.cz/>>.

38 MATOUŠKOVÁ, Alena. Psychosociální rehabilitace. *Psychosociální rehabilitace* [online].

Psychosociální rehabilitace se v průběhu času rozčlenila na několik směrů; všem jsou však společné tyto prvky: dávat klientovi naději na lepší budoucnost, vyzdvihují význam práce a vůbec smysluplných aktivit klienta, kladou hlavní důraz na motivaci a zapojení se klienta do průběhu rehabilitace a důležitou součástí je také dlouhodobost a pravidelnosti rehabilitace. Toto vše samozřejmě platí také o programu IPT, který v organizace **v rámci rehabilitace nabízíme** a sdílíme základní filozofii, že každý člověk, ať má sebevětší psychiatrické postižení, je schopen rozvíjet své dovednosti a osobnost a také zlepšit kvalitu svého života.

Metodikou se pracuje také ve všech službách sdružení, pracovníci jsou v této metodice školeni a vedeni odborným pracovníkem.

Sdružení nabízí tyto služby:

- Sociální centrum (které nabízí také odborné sociální poradenství a konzultace, současně jeho pracovníci organizují program IPT a vedou veškerou dokumentaci o klientech).
- Centrum denních služeb: pod tuto službu spadá organizace veškerých volnočasových aktivit klientů, nabízí se zde nejrůznější kroužky a také klub Pohoda, kde mohou klienti trávit svůj volný čas a navazovat přátelské vztahy mezi sebou.
- Služba bydlení zahrnuje vlastně služby dvě – Chráněné bydlení a službu Podporované bydlení. Obě služby se snaží předat klientům dovednosti v oblasti bydlení a dosáhnout tak jejich samostatnosti a soběstačnosti. Chráněné bydlení představuje bydlení v samotné budově Prahu, kde klienti společně s pracovníky potřebné dovednosti vedoucí k samostatnému bydlení nacvičují. V případě služby Podporovaného bydlení pak tyto nácviky probíhají v domácím prostředí klienta.
- Do služby Sociálně terapeutických dílen spadají dílny čtyři:
 - Dílna rukodělná (její výrobky jsou prodávány v rámci dalších neziskových organizací, veletrhů apod.)

- Dílna šicí
- Café Práh – tréninková kavárna (tento v Brně ojedinělý projekt kavárny, kde pracují sami klienti, je financován z fondů EU)
Dílny nabízejí klientům možnost zaměstnání na určitou dobu;
Hlavním cílem je nacvičit a upevnit pracovní návyky klientů tak, aby se mohli uplatnit na volném trhu práce.

3.4. IPT v kontextu služeb Prahu

Jak již bylo uvedeno v kapitole 3.3., nabídka skupiny IPT a také organizace a zajištění celého běhu, spadá pod službu Sociálního centra. Pracovníci tohoto centra jsou proškoleni v metodice práce v IPT skupině a po odborné stránce vše konzultují s vedoucím psychologem organizace.

Jsou tedy odpovědní za:

- plánování a časový harmonogram skupiny; musí zajistit také vhodnou propagaci. Skupiny se mohou zúčastnit nejen klienti z jakékoli služby Prahu, ale také klienti z jiných organizací či zařízení, pokud splní vstupní podmínky. Je tedy nutné zajistit propagaci této služby také mimo Práh.
- Dále jsou povinni osobně se setkat se zájemci a předat jim veškeré potřebné informace; rovněž jim vysvětlit všechny náležitosti smlouvy, která se v případě dohody uzavře.
- Jsou odpovědní za vedení jednotlivých skupin, odpovědnou přípravu na ně a také za vedení písemných záznamů z jednotlivých sezení.
- Předání zpětné vazby vedení organizace

3.5. Průběh IPT v Prahu

V této kapitole podrobněji popisují průběh prvního běhu IPT skupiny v Prahu; v praktické části na ni navazuje kvalitativní výzkum, který se s tímto během pojí a

který přináší první výsledky o užitečnosti této skupiny pro klienty a také jejich spokojenosti s průběhem a výsledky.

První běh skupiny započal v Prahu v lednu r. 2009 a byl ukončen na konci června 2009. Vedením byli pověřeni dva pracovníci, kteří prošli školením a obdrželi certifikát o možnosti pořádání této skupiny.

Rovněž byly zakoupeny veškeré nutné pomůcky, CD s fotkami apod.

Do skupiny se přihlásilo 8 klientů; všichni klienti byli již v Prahu registrováni v některé ze služeb. Během prvních schůzek jim byly předány veškeré podstatné informace:

- Skupina probíhala 2x týdně; časový horizont se dle doporučení tvůrců této metody postupně prodlužoval (nejprve se jednalo o 30 min. skupinové práce, později o 60 min.)
- První 3 setkání skupiny byly otevřené – tzn., že klient mohl v případě nespokojenosti kdykoli odejít (ve skupině nadále zůstalo 5 klientů)
- Všichni členové dodržovali zásady diskrétnosti a mlčenlivosti ohledně informací, které by mohly proniknout mimo skupinu; tím se posiloval pocit bezpečí jednotlivých členů
- Byl dohodnut způsob oslovování mezi členy skupiny
- Klientům byl vysvětlen způsob zápisů z průběhů jednotlivých sezení; do těchto zápisů mohli kdykoli nahlédnout
- Na závěr celého běhu byli klienti požádáni o dobrovolnou spolupráci na kvalitativním výzkumu, jež představuje praktickou část této práce
- Klienti ale mohli předávat zpětnou vazbu také kdykoli v průběhu skupiny; rovněž byli poučeni, jak si v případě nespokojenosti stěžovat či jak uplatňovat své připomínky a námitky

PRAKTICKÁ ČÁST

Jak již bylo uvedeno v předchozí (poslední kapitole teoretické části), praktickou část této bakalářské práce představuje kvalitativní výzkum a jeho interpretace; současně budou výsledky zohledněny také v praxi dané organizaci, ve které výzkum probíhal a může tak tedy modifikovat průběh služby naší organizace. Výzkum také poskytl klientům možnosti vyjádřit svůj názor a stal se tak důležitou součástí naplnění standardů kvality pro poskytování sociální péče. V praktické části nejprve vysvětluji samotný cíl práce a také výzkumnou otázku, dále ve stručnosti popisuji zkoumané jevy. Důležitou součástí je metoda techniky sběru dat, kdy se opírám a odkazuji také na příslušnou literaturu. Popisuji též samotnou realizaci výzkumu, zajištění etiky výzkumu a v závěru shrnuji možnosti praktického využití, které se zaměřuje zejména na klienty služeb, jimž chceme službu maximálně zkvalitnit (samožřejmě v rámci možností organizace).

4.1. Cíle práce a výzkumná otázka

Jak již bylo uvedeno v teoretické části mé práce (např. v kapitole 3.4. IPT v kontextu služeb Prahu a v kapitole 3.5. Průběh IPT v Prahu) **je cílem mé práce zjistit, jak uživatelé vnímají a hodnotí průběh a užitečnost skupiny Integrovaného terapeutického programu pro schizofrenní klienty v naší organizaci; zda oni sami vidí v návštěvě této skupiny nějaký užitek pro svůj praktický život.**

Šlo nám především o zpětnou vazbu od samotných klientů, předem jsme zavrhlí zpětnou vazbu v podobě různých testů, které by se zaměřovaly na pokroky při zmírňování kognitivního deficitu (což představuje deklarovaný cíl samotného IPT programu). **Vycházeli jsme totiž z myšlenky, že ve výsledku programu nejde ani tak o fakt, zda klient po jeho ukončení dokáže dané testy (např. testy pozornosti či paměti) zvládnout lépe, nýbrž jde o to, jak svoji kondici hodnotí**

o sám a zda si zlepšení, a to zejména zlepšení ve svém každodenním životě, uvědomuje.

Má práce je určena zejména pro praktické využití v naší organizaci; přesto věřím, že může být přínosem pro laickou i odbornou veřejnost, např. pro studenty humanitních oborů.

Také věřím, že může představovat vhodnou inspiraci pro pracovníky organizací s podobnou cílovou skupinou, kteří o vytvoření takové skupiny klientů uvažují.

4.2. Charakteristika zkoumaného jevu

Považuji v této práci za nutné uvést, že klienti psychiatrických služeb představují cílovou skupinu, která je zcela specifická.

Vedení rozhovoru s nimi vyžaduje získání si jejich důvěry a otevřenosti; jejich nedůvěra může být často spjata také s charakterem jejich onemocnění (např. při paranoidní formě schizofrenie).

Mými konverzačními partnery byli 4 klienti (2 ženy a 2 muži) trpící nějakou formou této nemoci; všichni **odmítli záznam rozhovorů nahrávat** a souhlasili pouze s tím, že si budu z rozhovorů pořizovat poznámky.

Také se ve většině případů zajímali o anonymitu celého výzkumu a o možnosti později se s ním seznámit.

Klientům jsem se snažila předat co největší množství relevantních informací a minimalizovat tak jejich nejistotu a úzkost.

4.3. Metodika výzkumu

Při volbě metody výzkumu máme dvě možnosti – zvolit kvalitativní či kvantitativní přístup.

Oba tyto přístupy jsou odlišné; Miroslav Disman se těmito odlišnostmi ve své knize *Jak se vyrábí sociologická znalost* podrobně zabývá; já zde uvádím některé z nich, abych tak objasnila svoji **volbu kvalitativní metody výzkumu.**

Disman tedy mimo jiné uvádí tyto rozdíly:³⁹

- cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz; naproti tomu u kvalitativního výzkumu jde především o vytváření nových hypotéz a o lepší porozumění zkoumaného jevu
- také se u obou výzkumů rozlišně pracuje se získanými informacemi: u kvantitativního výzkumu získáváme informace od mnohem většího množství respondentů; informace ale logicky nemohou jít tolik do „hloubky“; jádra problému. Také u tohoto výzkumu je více možná generalizace těchto získaných informací na celou populaci. U kvalitativního výzkumu získáme velký objem dat o malém počtu respondentů; což někdy generalizaci problematizuje. Já jsem vzhledem malému počtu účastníků naší skupiny volila samozřejmě výzkum kvalitativní.
- Logika kvantitativního výzkumu se dá charakterizovat jako logika deduktivní, problém je transformován do hypotéz, které výzkumem potvrzujeme či vyvracíme.

U kvalitativního výzkumu užíváme metodu induktivní; tedy samotným počátkem je sběr dat o daném problému; po té se snažíme najít souvislosti a pravidelnosti mezi těmito daty a vytvořit teorii či závěry.

Disman ⁴⁰ dále uvádí, že obě metody se mohou ideálně doplňovat a ověřovat tak danou problematiku lépe než samostatně.

Definicí kvalitativního výzkumu existuje celá řada; mimo Dismana se jím zabývá i řada dalších autorů, např. Hendl⁴¹ jej označuje jako „*takový typ výzkumu, jehož snahou je porozumět jevům, které zkoumá.*“

Strauss a Corbinová⁴² je považují za „*jakýkoli výzkum, jehož výsledků se*

39 DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha : Karolinum, 2006. 375 s. ISBN 80-7184-141-2., str.286-290

40 tamtéž

41 HENDL, Jan. Úvod do kvalitativního výzkumu. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 243 s. ISBN 80-7184-549-3.

42 STRAUSS, Anselm; CORBINOVÁ, Juliet. Základy kvalitativního výzkumu. 1. vyd. Boskovice : Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.“

Jak jsem již zmiňovala výše, z uvedených charakteristik jasně vyplývá, že pro svůj výzkum jsem volila metodu kvalitativní; učinila jsem tak vzhledem k počtu klientů i vzhledem k charakteristice zkoumaného jevu.

4.4. Technika sběru dat

Disman⁴³ uvádí u kvalitativního výzkumu tři základní techniky sběru dat:

- zúčastněné pozorování
- nestandardizovaný rozhovor
- analýza osobních dokumentů

Zúčastněné pozorování lze charakterizovat jako „*styl výzkumu, ve kterém výzkumník participuje na každodenním životě lidí, které studuje.*“⁴⁴ Stupeň ztotožnění se se studovaným prostředím je různé intenzity: výzkumník může být v roli úplného pozorovatele, v roli pozorovatele jako participanta, v roli participanta jako pozorovatele nebo vystupovat jako participant úplně.

Nestandardizovaný rozhovor představuje interakce mezi tazatelem a respondentem; přičemž existuje jakýsi „obecný plán“ či představa rozhovoru.

Analýza osobních dokumentů zahrnuje různé množství dokumentů vypovídajících o zkoumaném jevu; např. autobiografie, deníky, dopisy, úřední zprávy apod.

Ke svému výzkumu jsem použila nestandardizovaného a polostrukturovaného rozhovoru, který jsem v některých případech doplnila studiem dokumentů (např. osobních spisů klientů, který mi tak umožnily vytvořit si lepší představu o minulosti i průběhu onemocnění klienta; vše samozřejmě probíhalo se souhlasem klienta).

43 DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha : Karolinum, 2006. 375 s. ISBN 80-7184-141-2., str.304-309

44 tamtéž

Po dohodě a konzultaci s vedením naší organizace jsem vytvořila polostrukturovaný dotazník, který tvořilo 7 otevřených otázek; současně bylo mým plánem dát dostatečný prostor klientům k další otevřené výpovědi o sobě i skupině.

Tyto odpovědi jsem zaznamenávala co s největší přesností; ačkoli u žádného z klientů (viz. kapitola 4.2.) jsem nepoužívala diktafon a práce tudíž neobsahuje přesné přepisy rozhovorů.

4.5. Dotazník

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, polostrukturovaný dotazník obsahoval 7 otázek; klienti však měli možnost otevřených výpovědí na dané téma.

Nyní zde uvádím přehled otázek se stručným vysvětlením, proč jsme danou otázku do výzkumu zařadili.

- **Jak jste se o skupině dozvěděl, co vás na předložených informacích zaujalo?**

Tuto otázku jsme zařadili z důvodu toho, abychom měli při organizování dalšího běhu skupin přehled, zda klienti dostávají dostatečné množství informací vhodnou formou a zda informacím rozumí.

- **Proč jste se rozhodl do skupiny vstoupit?**

Tato otázka se týká motivace klientů, zda jejich motiv odpovídá deklarovaným cílům skupiny; tedy zda vstupují do skupiny s potřebou zlepšení svých kognitivních schopností; či naopak zda jsou motivy pro vstup odlišné (např. jsme předpokládali, že někteří klienti se rozhodli vstoupit z důvodu potřeby být členem nějaké skupiny a najít si tak přátele).

- **Jaká byla vaše očekávání za začátku? Co jste čekal, že vám účast na skupině přinese?**

Zde nás zajímalo, zda klienti mají i přes poskytnuté informace představu o tom, jak skupina vlastně bude probíhat (a tím jsme opět ověřili fakt, zda dostávají

dostatečné množství informací; tedy jako při otázce č.1). Dále nás zajímalo ve spojení s otázkou č. 8, zda skupina splnila očekávání klientů; popř. zda jim přinesla další ztráty nebo zisky, které neočekávali.

- **Jak hodnotíte průběh jednotlivých setkání skupiny?**

Zde jsme si vyžádali zpětnou vazbu na samotná jednotlivá setkání a také na pracovníky a jejich způsob vedení skupiny

- **Co vám účast na setkáních skupiny přinášela? Co jste měl rád, co vám naopak vadilo?**

Jedná se o rozvedení a upřesnění předchozí otázky; kdy klienta žádáme o další a podrobnější informace ze skupiny; u otázek č. 4 a 5 jsem také dávala velký prostor klientům, kteří tak měli možnost volně na téma průběhu skupiny hovořit.

- **Jak hodnotíte účast ve skupině po jejím ukončení?**
- **Co z toho co jste se naučil ve skupině, využijete v běžném životě a jak?**

Obě otázky spolu opět souvisejí; zajímal nás zpětný pohled klientů na skupinu po uplynutí určitého časového intervalu; 7. otázka byla pro nás otázkou stěžejní, kdy sami klienti hodnotili úspěšnost nacvičených technik ve svém běžném životě. Dá se říci, že schopnost a možnost uplatnit dané techniky v běžném životě představuje jeden z nejvýznamnějších cílů programů IPT.

4.6. Výzkumný vzorek

Průběhu skupiny IPT se zúčastnilo 5 klientů; jeden z nich však účast ve výzkumu důrazně odmítal; rozhovory jsem proto realizovala se 4 konverzačními partnery. Jednalo se o 2 ženy a 2 muže; jejich jména jsem pro účely práce změnila (ostatní informace o diagnóze, věku apod. zůstávají samozřejmě autentické).

Charakteristika konverzačních partnerů

- Aleš (32 let); diagnóza paranoidní schizofrenie
- Jan (38 let); schizoafektivní porucha
- Dana (31 let); diagnóza paranoidní schizofrenie
- Lenka (33 let); diagnóza paranoidní schizofrenie

Všichni klienti jsou dlouhodobými klienty našeho zařízení a současně využívají také jeho dalších služeb; např. služby Chráněného bydlení či volnočasových aktivit.

Všichni klienti se nacházejí v přijatelné remisi onemocnění; v průběhu skupiny se jim jejich stav nezhoršil natolik, že by došlo k hospitalizaci klienta v psychiatrické léčebně.

Výzkum probíhal v naší organizaci na podzim roku 2010.

4.7. Výzkum a jeho etika

Považuji za důležité zdůraznit, že účast na výzkumu byla pro klienty zcela dobrovolná, byly jim podány veškeré relevantní informace a zodpovězeny otázky. Byla jim také zaručena anonymita jejich sdělení.

Klienti vše stvrdili tzv. podpisem kvalifikovaného souhlasu.

Současně jsem také respektovala jejich nedůvěru pro pořízení nahrávky z rozhovorů a přizpůsobila jsem tomu techniku sběru dat.

5. Analýza dat

V této části práce analyzuji získaná data; pro účely tohoto výzkumu (účelem je – jak již bylo řečeno – zpětná vazba na průběh skupiny od samotných klientů a také soubor opatření pro praxi) zpracovávám data do fáze tzv. otevřeného kódování; z tohoto kódování pak u každé kategorii uvádím shrnutí daného jevu a také návrh opatření pro organizaci dalšího běhu skupiny.

Vytváření tzv. zakotvené teorie (tedy teorie induktivní, které je odvozená ze zkoumaného jevu)⁴⁵ totiž nepovažuji v tomto výzkumu vzhledem k výše uvedeným důvodům za podstatné.

Jsem si vědoma, že lze namítnout, že by bylo možné využít u klientů místo

45 STRAUSS, Anselm; CORBINOVÁ, Juliet. Základy kvalitativního výzkumu. 1. vyd. Boskovice : Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

rozhovorů dotazníkového šetření; přesto jsem raději volila metodu osobního rozhovoru – vzhledem k povaze nemoci, jíž klienti trpí. Domnívám se totiž (a z mé práce s touto cílovou skupinou) vyplynulo, že je dobré klientům otázky více vysvětlit a také se jich aktivně doptávat.

5.1. Otevřené kódování

Strauss a Corbinová charakterizují otevřené kódování jako „*kódování, jež je součástí analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.*“⁴⁶

Dále uvádí, že se jedná o první fázi kvalitativního výzkumu, jež by měla být završena tzv. zakotvenou teorií; jak již však vysvětluji v předchozí kapitole, nepovažuji v případě tohoto výzkumu vytváření této teorie za nezbytné a otevřené kódování využívám pro přehlednější zpracování výsledků zpětné vazby.

Kódy budu seskupovat do tzv. kategorií a podkategorií.

Kategorie č. 1 – zdroje informací o skupině

Obsahem této kategorie jsou výpovědi klientů o tom, jak se o skupině dozvěděli – tedy které z komunikačních kanálů směrem od naší organizace a jejích pracovníků směrem ke klientům nejvíce zafungovaly.

Subkategorie 1.1. PROSTŘEDNICTVÍM NÁSTĚNKY V ORGANIZACI

V organizaci je zvykem veškeré aktuální dění prezentovat na tabuli poblíž vchodu, aby tak všichni klienti měli možnost získat co největší množství informací; nebylo však jasné, nakolik tohoto zdroje klienti využívají.

„...o skupině jsem se dozvěděla z nástěnky, ale nebylo mi to jasné, ještě jsme o tom, co je to za skupinu, mluvili s ostatními v klubu Pohoda.“ (D)

„...když jsem si četla nástěnku a hledala nějaké kroužky, tak mě skupina zaujala...ale byla jsem se raději ještě zeptat pracovníků v Sociálním centru a

46 tamtéž

taky jsme se ptala kamarádek, jestli ví, o co jde.“ (L)

Subkategorie 1.2. Informace od mého sociálního pracovníka

Klienti vždy nejvíce spolupracují v určité službě se „svým“ sociálním pracovníkem; tento tak má možnost klienta upozornit na pořádané aktivity, které by pro něj mohly být přínosem.

„...o skupině mi pověděla moje pracovnice, říkala, že by to pro mě mohlo být zajímavé a také mě dovedla za pracovníci Sociálního centra, které mi vše ještě vysvětlily a kde jsem se přihlásil.“ (A)

„...řekla mi o ní pracovnice v dílně, kam chodím a pak jsem se šel zeptat sám do Sociálního centra, když jsem měl přestávku.“ (J)

SHRUTÍ A PODNĚTY PRO PRAXI:

Tato kategorii ukázala, že nástěnka (subkategorie 1.1.) je vhodným médiem pro prvotní informace (v polovině případů); klienti však uváděli, že měli potřebu získat další informace (ať již od ostatních klientů či od sociálních pracovníků). **Je dle mého názoru proto možné na k informacím na nástěnce přidat kontakt na pověřeného pracovníka, který by měl podávání podrobnějších informací na starosti a také hodiny, kde je možné jej navštívit.**

Ze subkategorie 1.2. vyplynula také užitečnost vzájemné informovanosti pracovníků – tedy že základní informace o skupině předávali také pracovníci jiných služeb a klienty sami na běh skupiny upozorňovali. **Je proto dobré pokračovat v předávání informací o dění v jednotlivých službách, jak se nyní v organizaci děje – např. prostřednictvím pravidelného setkávání na multidisciplinárním týmu.**

Kategorie č.2 – dostatek a srozumitelnost informací o skupině

Zde nás zajímal zejména fakt, zda jsme byli schopni předat klientům dostatek informací a to srozumitelnou formou; proběhla také informační schůzka pro zájemce, kde se jednotlivé informace postupně probíraly.

Subkategorie 2.1. NEPAMATUJI SE

„...to už si vážně nepamatuji, takže asi informací bylo dostatek.“ (D)

„...myslím, že ano...už si nevzpomínám.“ (L)

„...to už nevím.“ (J)

Subkategorie 2.2. INFORMACÍ BYL DOSTATEK

„...všechno mi podrobně vysvětlila pracovnice Sociálního centra, i když jsem všemu nerozuměla, tak jsem se pak ještě doptala na setkání ohledně skupiny v klubu Pohoda; takže si myslím, že jsem měl dost informací.“ (A)

SHRNUTÍ A PODNĚTY PRO PRAXI:

Z této kategorie dostatečně transparentně nevyplývá jasná odpověď, proto také nelze učinit (dle mého názoru) žádné jasné konkrétní opatření. Je však jasné, že je v zájmu klientů, aby jim byly informace předávány jasně a srozumitelně a vždy kontrolováno, jestli jim porozuměli.

Kategorie č. 3 – motivace pro vstup do skupiny

Odpověď na otázku motivace jsem považovala za jednu z nejdůležitějších pro využití v praxi; pokud by se např. ukázalo, že klienti skupinu navštěvují nikoli pro její deklarované cíle, ale z důvodů jiných (př. pobyt ve společnosti lidí), bylo by možné zřídit v naší organizaci jiné služby, které by tyto potřeby uspokojovaly – např. skupinu, kde by klienti měli možnost sdílet své pocity a navazovat vztahy.

Subkategorie 3.1. CHCI SI ZLEPŠIT SVÉ KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI

„...Chtěla jsem zmoudřet a umět vyslechnout i ostatní a třeba jim dát radu (ale nejen radit, ale taky si s nimi povídat), chtěla jsem být bystřejší, rychlejší, hlavně rychleji chápat, porozumět slovní zásobě; třeba i cizím slovům. Význam slov bych taky chtěla umět odvodit z textu nebo z toho, co slyším – např. odvodit, co znamená slovo prenatální vývoj, to jsem dokázala.“ (D)

„...měl jsem pocit, že mám problémy s udržením pozornosti, třeba když se dívám na televizi nebo když někdo z lidí dlouho mluví...lékařka říkala, že právě taková skupina by mi v tom mohla pomoci, tak jsem se rozhodl to zkusit...“ (A)

„...po loňském pobytu v léčebně mám pocit, že jsem nějaký zmatený, že se špatně soustředím, ty myšlenky mi jakoby ulítávají, často nevím, o čem se zrovna mluvím a taky si nedokážu vybavit, co jsem slyšel. Zkousím např. poslouchat rádio a cvičit se, ale nějak to nepomáhalo, tak jsem se rozhodl jít do té skupiny...taky jsme se chtěl naučit mluvit s ostatními, někdy nevím, o čem si povídat...“ (J)

„...chtěla jsem se víc naučit být ve společnosti, nebát se mluvit a dokázat najít téma s ostatními...taky jsem si přečetla, že si ve skupině zlepším paměť a pozornost a tak...a to jsem uvítala.“ (L)

SHRNUTÍ A PODNĚTY PRO PRAXI:

V této kategorii je pro mě velmi překvapující, že všichni klienti uvedli, že pro vstup do skupiny pro ně byla rozhodující touha nějakým způsobem zlepšit si své kognitivní schopnosti; spíše jsem předpokládala, že jejich motivace byla odlišná – např. touha navázat kontakty s ostatními; nebyla jsem si jistá, zda si účel skupiny plně uvědomují.

Ze závěrů této kategorie však jasně vyplývá, že tomu tak je a že zřízení takovéto skupiny bylo přínosným rozhodnutím.

Kategorie č. 4 – spokojenost s průběhem skupiny

V této kategorii nás zajímá spokojenost klientů se skupinou, její organizací, časovým harmonogramem, přístupem pracovníků, spokojenost s činnostmi ve skupině apod.

Subkategorie 4.1. - BYL JSEM DOCELA SPOKOJEN

„...s tím, jak skupina probíhala, jsem byla docela spokojená, hodně cvičení se mi líbilo (například jsem měla ráda cvičení s kartičkami); ale jiná cvičení mi moc nešla. Když jsme je ale opakovali, bylo to lepší, potřebovala bych je ale opakovat pořád, například při cvičení, kdy jsme hledali antonyma, jsem se často pletla. Vztahy ve skupině hodnotím dobře, našla jsem si tu kamarádku a taky byla občas legrace, zasmály jsme se. Čas mi také vyhovoval a pracovnice byly příjemné, vše dostatečně vysvětlily. (D)

„...skupina byl dobrá, cvičení se mi líbila a taky to pracovnice hodně vysvětlovaly. Ze začátku jsem se trochu styděl, třeba se na něco zeptat, ale pak už ne. Taky tam byla přátelská atmosféra, hodně jsme se nasmáli. Jen bych uvítal, kdyby setkání byly někdy kratší, ke konci jsem býval hodně unaven.“ (A)

„...skupina byla docela fajn, cvičení se mi líbilo různě, něco mi šlo a něco ne. Čas mi vyhovoval. Pracovnice byli příjemné, jen se mi ze začátku zdálo, že mě jedna nemá ráda, později jsem si ale řekl, že má třeba jen takovou povahu.“ (J)

Subkategorie 4.2. - BYL JSEM NAPROSTO SPOKOJEN

„...byla jsem nadšená, atmosféra byla přátelská a cítila jsem se dobře už od začátku. Cvičení mě bavilo a neměla jsem strach cokoli říct. Skupina byla menší, ale to mi právě přišlo příjemné, že tam byly takové intimní vztahy.

Pracovnice byly milé, vždycky se na začátku ptaly, jak se máme...a čas mi také vyhovoval.“ (L)

SHRNUTÍ A PODNĚTY PRO PRAXI:

Většina klientů byla spokojena s průběhem skupiny; logicky je některé cvičení bavily více, jiné méně. Také jim vyhovoval časový harmonogram a přístup pracovníků. Domnívám se, že by bylo dobré v nastaveném způsobu práce pokračovat; zajistit klientům přátelskou atmosféru a otevřené prostředí. Dobré by bylo vyžadovat si zpětnou vazbu již v průběhu jednotlivých sezení; dát každému prostor vyjádřit se.

Kategorie č. 5 – využití získaných dovedností v běžném životě klientů

Velkou otázkou pro nás zůstává, nakolik jsou klienti schopni získané dovednosti uplatnit také v praxi svého běžného života.

Jak již bylo řečeno v úvodu tohoto výzkumu, nejde nám při pořádání skupin ani tolik o fakt, nakolik se klientilepší ve svých kognitivních schopnostech dle psychologických testů. Jde spíše o to, nakolik oni sami zhodnotí svůj pokrok ve svém běžném životě; protože právě tak se (dle našeho názoru) kvalita jejich života zvyšuje.

Subkategorie 5.1. - ČÁSTEČNĚ JSEM SE ZLEPŠIL

„...myslím, že jsem si na skupině prohloubila snaživost, dokážu některé cvičení opakovat a nevzdávat to. Taky si někdy pouštím CD a snažím se zapamovat si text a myslím, že jsem se zlepšila, že je to pro mě snadnější. Ale nezlepšila jsem si ještě logické myšlení, například mi dělá problém zamyslet se nad tím, o čem některá věta je, dá mi to velkou práci. (L)

„...já jsem se zlepšil v komunikaci s lidmi, jsem více asertivní a nedělá mi problém navázat s někým hovor, třeba o počasí a tak. Dokážu taky lidi

odmítnout, což mi dříve dělalo problém.

Když se dívám na televizi, tak se dokážu více soustředit, třeba vydržím i celý díl seriálu, což mi dřív nešlo. Potřeboval bych se ale ještě zlepšit v plánování si věci, například toho, co který den musím udělat. ((J)

„...myslím, že se více soustředím, když ostatní něco říkají a tak je dokážu víc vyslechnout, třeba když si povídám s mámou. Taky se nebojím ostatních lidí, třeba když jedu v autobuse nebo tramvaji. Chtěl bych si ale pořád ještě zlepšit paměť a taky se více soustředit a nebýt tak unavený. (A)

Subkategorie 5.2. - NEZLEPŠIL JSEM SE

„...nedokážu říct, jestli jsem se v něčem zlepšila, spíš ne...potřebovala bych chodit do skupiny déle, mám pocit, že ve svém životě zatím nic využít nedokážu.“ (D)

SHRNUTÍ A PODNĚTY PRO PRAXI:

Větší část klientů uvádí, že se v některých činnostech zlepšila a toto zlepšení zaznamenala také ve svém životě.

Myslím, že efektivita těchto programů zůstává pro odborníky velkou otázkou (viz. kapitola Hodnocení efektivity programu v teoretické části mé práce). Výzkumy zatím ukazují, že ke zlepšení v kognici u klientů dochází, není však jasné, co u daného klienta rozhoduje o míře zlepšení a také není jasné, jak dlouho pozitivní změny vydrží.

Přesto však pořádání těchto skupin považuji za přínosné.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo seznámit čtenáře s Integrovaným terapeutickým programem pro klienty se schizofrenií; je to program, který se zaměřuje na eliminaci kognitivního deficitu u těchto klientů. Kognitivní deficit se zpravidla objevuje již po zalednění akutní fáze a účast klientů na programu se tak řadí spíše k poslední fázi léčby – k rehabilitaci a opětovnému začlenění do běžného života.

Tento cíl jsme si zvolila na základně mé praxe; skupinu klientů jsem jsem v tomto programu vedla a měla jsem tak možnost lépe se s ním seznámit. **Současně mě velmi zajímala zpětná vazba od klientů na proběhlý program v naší organizaci; tomuto je uzpůsobena praktická část – kvalitativní výzkum (viz. níže). Práce je tedy zaměřena prakticky, výsledky tohoto výzkumu budeme zohledňovat v praxi organizace při pořádání dalších běhů skupin.**

Teorii jsem rozčlenila na více částí – první se věnuje samotnému popisu onemocnění schizofrenií, abych si tak čtenář lépe vytvořil představu, jak dané onemocnění může klientům zasahovat do života a jaké jsou tedy specifika práce s touto cílovou skupinou. V kapitole o důsledcích onemocnění jsem zejména popsala kognitivní funkce, které mohou být po prodělané akutní fázi nemoci u klientů narušeny.

Další část teorie je věnována samotnému programu, jeho historii a začlenění mezi

ostatní směry léčby; také jeho praktické organizaci a členění na jednotlivé podprogramy.

V poslední části pojednávám o naší organizaci; aby si tak čtenáři vytvořili představu, v jakých podmínkách byl výzkum realizován a jakými metodami s klienty pracujeme.

V praktické části jsem se věnovala kvalitativnímu výzkumu; realizovala jsem rozhovory se čtyřmi klienty a tyto jsem pak analyzovala metodou **otevřeného kódování**, abych tak lépe jejich odpovědi utřídila. Nepostupovala jsem však až k zakotvené teorii, která se mi v tomto případě jevila jako nadbytečná; místo toho jsem ke každé kategorii zařadila shrnutí a podněty, které z této kategorie pro praxi vyplývají. **Praktická část je tedy zaměřena na zkvalitnění našich služeb a tím také na naplňování standardů kvality péče. Výsledky výzkumu budou prezentovány ostatním pracovníkům; tento výzkum chápeme jako adekvátní zpětnou vazbu na skupinu a také jako přínosný podnět pro další běhy této skupiny.**

Bohužel součástí praktické části nejsou přepisy rozhovorů, všichni klienti nahrávání rozhovorů odmítli a byli ochotni odpovídat pouze bez záznamu. Jsem však velmi ráda, že i tak jsem měla možnost výzkum realizovat.

Doufám, že tato bakalářská práce bude přínosem nejen pro naši organizaci, ale také pro studenty, kteří se tak mohou s onemocněním zvaným schizofrenie lépe seznámit; byla bych také ráda, kdyby zkušenosti z praktické části pomohly dalším organizacím, které se Integrovaný terapeutický program pokusí svým klientům nabídnout.

Použité zdroje

Knižní zdroje

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. Psychologický slovník. 1. vyd.
Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X

GOJOVÁ, Alice. Psychiatrické minimum. In Sborník studijních textů pro
sociální kurátory. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2009.
Schizofrenie. s. 78-83. ISBN 978-80-7368-6

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd.
Praha : Portál, 2008. 420 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001

DORNER, Klaus, PLOG, Ursula. Bláznit je lidské. Praha : Grada, [199-?].
353 s. ISBN 80-7169-628-5.

ATKINSONOVÁ, R. L., et al. Psychologie. 1995. vyd. Praha : Victoria
Publishing, 1995

SALAVOVÁ, Jana . Život s duševním onemocněním. Brno, 2007. 63 s.
Evangelická akademie Brno. Vedoucí absolventské práce Mgr. Martin
Švanda.

Studijní texty k modulu Psychiatrická rehabilitace : Materiál vytvořen v
rámci projektu Matra III.

1. vyd. Praha : Centrum péče o duševní zdraví, 2004. Filosofie
psychiatrické rehabilitace

HANS, Volker, et al. Integrovaný psychoterapeutický program pro

schizofrenní pacienti. MUDr. Ondřej Pěč. 1993. vyd. Praha : Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9

EIKELMANN, B. Sociálna Psychiatria. Trenčín: F, 1999

GRUEN, A. Šílenství normality. 9. vydání. Praha: Lumír Nahodil, 2001

LIBIGER, J. Schizofrenie. Praha: Nezávislý novinář, 1991

MENTZOS, S. Dynamika duševní nemoci. Praha: Portál 2005

DORNER, K. a kol. Osvobozující rozhovor. Praha: Grada Publishing, 1999

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha : Karolinum, 2006. 375 s. ISBN 80-7184-141-2

HENDL, Jan. Úvod do kvalitativního výzkumu. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 243 s. ISBN 80-7184-549-3.

FERJENČÍK, J., *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*, Praha, Portál 2000

STRAUSS, Anselm; CORBINOVÁ, Juliet. Základy kvalitativního výzkumu. 1. vyd. Boskovice : Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

KALINA, K., Jak žít s psychózou. Praha, Portál 2001

MALÁ, E., Schizofrenie v dětství a adolescenci. Praha, Grada 2005

MALÁ, E., Pavlovský, P., Psychiatrie. Praha, Portál 2002

Internetové zdroje:

PRAŠKO , Jan, HORÁČEK, Jiří, ŠKRDLANTOVÁ , Lucie.

Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz. *Psychiatrie*. 2003, roč. 7, č. 4, s. 1-5. Dostupný z WWW:

[<file:///localhost/C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Plocha/Ina%20-%20škola,%20práce/Psychiatrie%20číslo%204,%202003.mht>](file:///localhost/C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Plocha/Ina%20-%20škola,%20práce/Psychiatrie%20číslo%204,%202003.mht) .

Www.prah-brno.cz [online]. ČR : 2005 [cit. 2010-01-01]. Dostupný z

WWW: [<http://www.prah-brno.cz/>](http://www.prah-brno.cz/) .

MATOUŠKOVÁ, Alena. Psychosociální rehabilitace. *Psychosociální rehabilitace* [online]. 1996 [cit. 2010-01-01]

Kognitivní deficit. *Medicína : Odborné forum lékařů a farmaceutů* [online].

1998, č. 5 [cit. 2010-02-10], s. 11-12. Dostupný z WWW:

[<file:///localhost/C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Plocha/Kognitivní%20deficit%20u%20schizofrenie.mht>](file:///localhost/C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/Plocha/Kognitivní%20deficit%20u%20schizofrenie.mht) .

ABSTRAKT

Havlíčková, *Integrovaný terapeutický program pro klienty se schizofrenií v praxi. Seznámení se s programem a zejména názory klientů, kteří se tohoto programu zúčastnili.*

Brno 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Teologická fakulta. Katedra psychologie a sociologie. Vedoucí práce. J. Polivka.

Klíčová slova: *Integrovaný terapeutický program pro klienty se schizofrenií, skupiny pro klienty, kognitivní deficit, emoce*

Práce podrobněji představuje nemoc zvanou schizofrenie a program vytvořený pro klienty trpící touto nemocí.

Je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou.

V teoretické části čtenářům představuji problematiku psychických nemocí , zejména schizofrenie. Popisuji příčiny, symptomy, formy a prognózu nemoci.

Také popisuji samotný Integrovaný terapeutický program pro klienty se schizofrenií. Poslední část věnuji naší neziskové organizaci.

V praktické části seznamuji čtenáře s výsledky výzkumu a analyzuji data. Tyto data budou využita v praktické činnosti – v práci s klienty.

ABSTRAKT

The integrated therapeutic plan for people with schizophrenia practically. The work introduces a systematic view of this plan and also some views of clients who have taken part in this plan.

Key words: *The integrated therapeutic plan for people with schizophrenia, groups for clients, cognitive deficit, emotion*

The work introduces schizophrenia and the program for people suffering with this problem into details.

My work is divided into two parts, theoretical and practical.

In the theoretical part I try to introduce the readers in the problems of psychic diseases. I concentrate mainly to psychotic diseases. I describe its causes, symptoms, forms, and prognosis.

I also describe the integrated therapeutic plan for people with schizophrenia. The last part treats of our not-for-profit organization.

In the analytic part I inform the readers about the results of the research and try to give analysis and interpretation of collected data. We are planning making the best of this research for our practical work with clients.