

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Oddělení praxe

Bakalářská práce

**TERAPEUTICKÁ KOMUNITA MÝTO A JEJÍ VLIV
NA SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ KLIENTŮ S DUŠEVNÍM
ONEMOCNĚNÍM, ZEJMÉNA SCHIZOFRENIÍ**

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor práce: Jindřich Houška

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Typ studia: kombinovaná

Ročník: 4.

2013

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval 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 zveřejnění své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských prací systémem na odhalování plagiátů.

Datum: 21. 3. 2013

.....

Podpis studenta

Děkuji zejména vedoucí bakalářské práce Mgr. Heleně Machulové za metodické vedení práce, cenné rady a připomínky. Také děkuji Dr. Jánovi Mišovičovi, CSc. za cenné rady týkající se hlavně praktické části této práce.

Obsah

Obsah.....	4
Úvod.....	6
1 Schizofrenie.....	8
1.1 Příčiny vzniku	8
1.2 Projevy schizofrenie	9
1.3 Typy schizofrenie.....	10
1.3.1 Paranoidní schizofrenie	10
1.3.2 Katatonní schizofrenie	11
1.3.3 Hebefrenní schizofrenie.....	11
1.3.4 Simplexní schizofrenie	12
1.4 Prognóza schizofrenie	12
1.5 Terapie schizofrenie	12
2 Terapeutická komunita.....	14
2.1 Legislativa	14
2.2 Definice a pojetí Terapeutické komunity	14
2.3 Účinné faktory skupinové psychoterapie podle Kratochvíla	15
2.4 Terapeutická komunita u psychóz.....	18
2.5 Terapeutická komunita Mýto	19
2.5.1 Cíl	19
2.5.2 Cílová skupina	19
2.5.3 Zřizovatel a vývoj TK Mýto.....	19
2.5.4 Podmínky přijetí klienta do komunity, kardinální pravidla a délka pobytu	20
2.5.5 Tým pracovníků TK Mýto.....	20
2.5.6 Psychiatr TK Mýto a medikace klientů	21
2.5.7 Fáze pobytu.....	21
2.5.8 Komunitní setkání.....	22
2.5.9 Sociální a pracovní rehabilitace klientů TK Mýto.....	24
2.5.10 Návaznost služeb TK Mýto a spolupráce s jinými organizacemi.....	31
3 Praktická část.....	32
3.1 Východiska průzkumu.....	32
3.2 Formulace cíle a hypotéz.....	33

3.3 Metodika průzkumu	33
3.4 Výsledky průzkumu	34
3.5 Ověření platnosti hypotéz	45
3.6 Diskuse.....	45
Závěr	47
Seznam použitých zdrojů:.....	49
Seznam příloh	51
Abstrakt.....	61
Abstract.....	62

Úvod

Již dlouhou dobu se v rámci svých zaměstnání pohybuji v oblasti sociálních služeb a pracoval jsem s několika cílovými skupinami. Jedna z mých pracovních zkušeností byla pozice terapeuta v Terapeutické komunitě Mýto (dále jen TK Mýto). Díky tomuto zaměstnání jsem se mohl přiblížit k osobám trpícím zejména schizofrenií a také jsem mohl poznat principy a fungování TK Mýto i terapeutické komunity obecně. Tím, že jsem se k těmto osobám dostal blíže, osobně jsem poznal i specifické problémy s kterými se tito lidé potýkají. Toto poznání a jedinečnost tohoto zařízení mě také vedly k tomu, že jsem se rozhodl napsat svou bakalářskou práci o TK Mýto a jejím vlivu na klienty.

Jedinečnost TK Mýto spočívá v tom, že je to vedle terapeutické komunity, provozované občanským sdružením Ester, jediná komunita v České republice, která se zaměřuje na práci s lidmi s duševním onemocněním, zejména schizofrenií.

Cílem práce je porovnat a vyhodnotit názory a stanoviska klientů z oblasti sociálního fungování před nástupem do TK Mýto a po opuštění TK Mýto. Porovnáním zjistit, zda vlivem pobytu v tomto zařízení došlo u klientů k žádoucím změnám v různých oblastech sociálního fungování.

V teoretické části práce se věnuji problematice onemocnění schizofrenie a terapeutické komunitě, její podstatě a legislativnímu rámci. Dále popisují fungování TK Mýto a jednotlivé oblasti sociální a pracovní rehabilitace. Popis fungování TK Mýto doplňuji poznatky odborné literatury.

Praktická část obsahuje informace o přípravě a realizaci průzkumu, metodiku šetření, analýzu výsledků šetření a ověřování stanovené hypotézy. Souborem k průzkumu jsou klienti, kteří absolvovali úspěšně celý pobyt v TK Mýto.

Problematika komunit s cílovou skupinou duševně nemocných, hlavně osob se schizofrenií, není komplexně v žádné literatuře popsána. Proto bylo nutné vyhledávat dílčí části publikací tematicky zaměřených na sociální práci s duševně nemocnými, terapeutické komunity a psychopatologii. Výsledkem syntézy poznatků

odborné literatury z oblasti psychopatologie, terapeutických komunit, popisu fungování TK Mýto a průzkumné částí je tato bakalářská práce.

Při psaní této bakalářské práce jsem čerpal z monografických publikací, legislativních dokumentů a elektronických zdrojů. Ke stanovení průzkumného souboru jsem použil statistiku TK Mýto.

1 Schizofrenie

Schizofrenie patří vedle dalších onemocnění do skupiny psychotických poruch a je z psychotických poruch nejzávažnější. Tyto poruchy ovlivňují prožívání člověka ve vztahu k sobě samému i k okolnímu světu. Během psychotického onemocnění (psychózy) dochází u člověka ke změnám všech kvalit duševního života. Změny nalezneme v oblasti myšlení, vnímání, emocí, volního jednání či pudů a instinktů. Dá se říci, že dochází k poruše kontaktu s realitou, jinak vnímáme, myslíme a prožíváme. Jde o multisystémové poškození funkcí mozku. Podivný svět, do kterého se člověk vlivem psychózy dostává, nevytváří jen samotná nemoc, najdeme je v každém člověku, protože každý člověk ve svých snech prožívá prapodivné situace či příběhy, které by ho v bdělém stavu nenapadly. V psychóze člověk zažívá něco podobného. Zásadním rozdílem je ale to, že při psychóze je člověk v bdělém stavu. Člověk vlivem onemocnění přestává rozlišovat, co je realita a co je jen fantazie.¹

Schizofrenie vzniká nejčastěji ve věku 16-19 let, u žen o něco později než u mužů a postihuje přibližně 1 % populace.²

1.1 Příčiny vzniku

Lze říci, že neexistuje pouze jedna hlavní příčina tohoto onemocnění. Jde o společné působení faktorů psychosociálních a biologických.

Psychosociální faktory jsou spojeny zejména s primární rodinou.³ Na vznik nemoci působí jak emoční klima v rodině, zejména v období do 2 let věku dítěte, tak také například postavení a vztahy jedince v různých kolektivech, jako je například škola, parta, či zájmový oddíl.⁴

Každý člověk má jinak silnou osobnost, jinou míru zranitelnosti, či naopak stability. Každý člověk jinak zvládá stres a psychickou zátěž. Stabilní člověk stres a zátěž zvládá

¹ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 8-10.

² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 334.

³ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 30.

⁴ Srov. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií.*, s. 11.

lépe, ale zranitelnější jedinci v náročnějších situacích selhávají a mohou u nich vznikat psychopatologické projevy chování.⁵

Mezi biologické faktory lze zařadit například úrazy či záněty mozku.⁶ Nepopíratelnost genetických vlivů prokazují zejména studie dvojčat. V případě, že onemocní jednovaječné dvojče, je riziko, že onemocní i dvojče druhé, 50 %, a to i za situace, kdy každé z nich vyrůstá v jiném prostředí.⁷

Genetický vliv potvrzuje i fakt, že pokud někdo z rodiny onemocní schizofrenií, mohou takto onemocnět i příbuzní.⁸ „Pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také. Pokud jsou nemocní oba rodiče, zvyšuje se riziko schizofrenie u jejich dítěte na 30 až 40 %.“⁹

U schizofreniků byly zjištěny patologie ve struktuře i funkcích mozku. Zjednodušeně řečeno, mozek schizofreniků mívá nižší hmotnost z důvodu menšího objemu mozkové kůry a také je typické rozšíření mozkových komor. To pak má za následek narušení přenosu neuronů, biologická příčina vede k psychickým příznakům, funkce mozku jsou narušeny.¹⁰

1.2 Projevy schizofrenie

Projevy nemoci zasahují do mnoha oblastí lidské psychiky. Poruchy se týkají, emotivity, kognitivních funkcí, jednání či osobnosti a její integrity. Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz. Nejtypičtějšími projevy schizofrenie jsou bludy a halucinace.

Blud je jakési mylné přesvědčení, které nelze nemocnému vyvrátit. Takový blud pak výrazným způsobem ovlivňuje jednání člověka. Příkladem takového bludu může být paranoidní představa, že je člověk pronásledován, ohrožován, že mu někdo nebo něco zasahuje do jeho mozku.¹¹

V tomto smyslu bych uvedl příklad klienta TK Mýto, který trpěl paranoidním bludem, že mu barman restaurace, když byl klient opilý a usnul v restauraci, navrtal hlavu vrtačkou a dal mu do ní marihuanu. Tento klient tvrdí, že od té doby „má problémy“ a „je divný“.

⁵ Srov. MAHROVÁ, M.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 70.

⁶ Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, s. 22.

⁷ Srov. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D., *Psychiatrie minimum pro praxi.*, s. 73.

⁸ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 24.

⁹ PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 24,25.

¹⁰ Srov. KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*, s. 200-204.

¹¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 338.

Halucinace lze zařadit mezi poruchy vnímání a vznikají na základě zkresleného vnímání reality. Člověk vnímá falešné smyslové vjemy, které nejsou založeny na reálném podnětu. Takový člověk pak vidí, slyší nebo cítí věci, které nikdo další nevnímá. Halucinace se týkají všech smyslových funkcí. Nejčastějšími halucinacemi jsou halucinace sluchové, často nemocný slyší hlasy, které k němu promlouvají, mluví o něm nebo se vyjadřují k jeho jednání. Hlasy pak mohou být příjemné, dělající člověku společnost, nebo naopak nepříjemné a ohrožující. V krajním případě hlasy dávají člověku příkazy a to se pak může projevat impulsivním chováním. Člověk pod vlivem hlasu jedná a komunikuje.¹²

Mezi další významné projevy poruchy kognitivních funkcí patří ovlivnění paměti, pozornosti, učení a také ovlivnění exekutivních neboli řídicích funkcí. Deficit v těchto funkcích má za následek selhávání v každodenních činnostech, v běžných situacích např. v práci, při kontaktu s jinými lidmi, či při studiu školy. Nemocný hůře vnímá informace, není schopen se soustředit, oddělit podstatné od nepodstatného. Není schopen si sám naplánovat den či řešit menší či větší problémy. Deficit u kognitivních funkcí zásadním způsobem ovlivňuje zařazení člověka zpět do normálního života.¹³

1.3 Typy schizofrenie

Jsou známy čtyři základní typy schizofrenie, ty se mohou průběhem choroby vzájemně překrývat i kombinovat.¹⁴

1.3.1 Paranoidní schizofrenie

Pro tento typ schizofrenie je typický paranoidní blud s halucinacemi. Člověk trpící paranoidní schizofrenií je ke svému okolí patologicky podezřívavý, je vztahovačný a má bludnou představu že je pronásledován, ohrožen či je ovlivňován nadpřirozenými silami a objevuje se i patologická žárlivost. Blud může být vztahován i ke konkrétním lidem z blízkosti nemocného jako jsou sousedé, členové rodiny, spolupracovníci atd. Často se objevuje také porucha volních vlastností, například přinutit se k aktivitě je

¹² Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 13.

¹³ Srov. tamtéž s. 16.

¹⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 345.

velmi těžké. Paranoidní schizofrenie se může objevit i v pozdějším věku, někdy i ve věku okolo 40 let.¹⁵

1.3.2 Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie se u nemocného vyznačuje změnami v oblasti motorické aktivity.

Katatonní schizofrenie má dvě formy:

1. Produktivní formu

U nemocného se objevuje nepřiměřená a nadměrná pohybová aktivita, neobvyklé pohyby, vzrušenost a impulzivní činy. Nemocný například stále opakuje nějaké pohyby.

2. Stuporozní formu

U této formy naopak dochází k útlumu či zpomalení motorické aktivity. Souběžně dochází ke ztrátě vůle k jakékoliv aktivitě. Nemocný setrvává delší dobu v jedné poloze, nekomunikuje, je negativistický a reakce bývají tzv. paradoxní, tzn. opačné, než ke kterým je vybízel pokyn. U této formy se objevují hlasy, které zakazují nemocnému jednat, mluvit, jíst atd. To pak dělá z nemocných značně nevyzpytatelné a neodhadnutelné jedince.¹⁶

Katatonní forma schizofrenie je relativně velmi vzácná.¹⁷

1.3.3 Hebefrenní schizofrenie

Vznik hebefrenní schizofrenie lze zařadit do období adolescence a rané dospělosti. Proto, že vzniká v období rozvoje osobnosti, nemá dobrou prognózu. U nemocného není totiž ještě vytvořena nová „dospělá“ identita a dětské sebepojetí není stabilním základem.¹⁸

„Forma hebefrenní připomíná ve svých počátcích extrémně vyvinuté klackovité pubertální chování.“¹⁹

Objevuje se porucha myšlení a sklony k pseudofilosofickému myšlení, úvahám o náboženských a metafyzických otázkách, ke kterým u nemocného chybí podklad

¹⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 345.

¹⁶ Srov. tamtéž s. 345.

¹⁷ Srov. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie minimum pro praxi*, s. 76.

¹⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 347.

¹⁹ RICHTEROVÁ, L.; TRNKA V.; HOLUB, V.; MEČÍŘ, J. *Psychopatologie*, s. 115.

potřebných znalostí. V sociální oblasti lze pozorovat necitlivost, nedostatek zábran či vulgaritu a hrubost.²⁰

U této formy se také můžeme setkat s označením dezorganizovaná schizofrenie. Bludy a halucinace nejsou typické.²¹

1.3.4 Simplexní schizofrenie

Tato forma schizofrenie se vyvíjí plíživě, bez výrazných příznaků. Zpočátku může působit jako porucha osobnosti se sociální nepřizpůsobivostí a leností.²²

Člověk se simplexní schizofrenií je schopen celé dny trávit v nečinnosti, nerespektuje běžné sociální normy a izoluje se od společnosti. Prohlubuje se i emoční otupělost či hypobulie (nedostatek pevné vůle).²³

1.4 Prognóza schizofrenie

Dá se říci, že pokud má onemocnění náhlý a bouřlivý začátek, mívá i lepší prognózu. V případě, že se onemocnění rozvíjí pomalu a plíživě anebo se objevuje velmi brzy, když se teprve osobnost jedince rozvíjí, je jeho prognóza horší. Také se předpokládá, že ženy mají lepší prognózu než muži, jde pravděpodobně o projev lepší adaptability žen obecně.²⁴

1.5 Terapie schizofrenie

„Schizofrenie je chorobou, která je léčitelná, i když mnohdy nedojde k úplnému uzdravení.“²⁵

„V současné době se uplatňuje tzv. biopsychosociální léčebný přístup, tj. kombinace farmakoterapie, psychosociálních a rehabilitačních postupů.“²⁶

Farmakoterapie schizofrenie je založená na snižování nadbytku dopaminu v mozku pomocí skupiny léků zvaných neuroleptika. Užitím neuroleptik dochází k vymizení psychotických příznaků, jako jsou halucinace, bludy, agrese či psychická tenze.

²⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 347.

²¹ Srov. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D., *Psychiatrie minimum pro praxi*, s. 76.

²² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 349.

²³ Srov. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie minimum pro praxi*, s. 77.

²⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 352, 353.

²⁵ Tamtéž, s. 365.

²⁶ RABOCH, J. a kol. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*, s. 82.

V posledních letech byly vyvinuty léky, které jsou schopny snižovat jak nadbytek dopaminu, tak i nadbytek serotoninu. Tyto léky mají také mnohem méně nežádoucích účinků. Léčba schizofrenie je složitá, individuální a dlouhodobá.²⁷ U pacientů, u kterých se objevují opakovaně epizody schizofrenie, může trvat udržovací terapie až pět let. Pokud je terapie předčasně ukončena, hrozí riziko relapsu (znovuzplanutí nemoci).²⁸

²⁷ Srov. MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P.. *Psychiatrie*, s. 61, 101.

²⁸ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 37.

2 Terapeutická komunita

2.1 Legislativa

Zákon o sociálních službách č.108/2006 §Sb. popisuje Terapeutickou komunitu jako zařízení poskytující pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby, které jsou závislé na návykových látkách či pro osoby trpící chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.²⁹

Služba dle zákona č.108/2006 Sb. popisuje u Terapeutické komunity tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy
- poskytnutí ubytování
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³⁰

2.2 Definice a pojetí Terapeutické komunity

*„Terapeutická komunita je zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce, umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problém a na vlastní podíl na vytváření tohoto problému, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování“.*³¹

²⁹ Srov. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1. 8. 2012.

³⁰ Srov. tamtéž.

³¹ KALINA, K. *Terapeutická komunita*, s. 17.

Dvě pojetí Terapeutické komunity podle Kratochvíla:

1/ Terapeutická komunita jako forma organizace léčebné jednotky nebo instituce

▪ Zde je podporována všestranná otevřená komunikace a na rozhodování mají podíl všichni členové týmu, i pacienti či klienti. Tato forma v sobě zahrnuje schůzky personálu s pacienty, kde dochází k projednávání problémů a výměně informací ve vzájemných vztazích.³²

2/ Terapeutická komunita jako psychoterapeutická metoda

▪ Metoda nebo způsob léčení, která využívá dynamiku společně žijící skupiny. Společný život klientů je určitým modelem společnosti, v kterém žijeme v běžném životě. Skupina je složena z lidí s různými osobnostmi, ženského i mužského pohlaví a i různého věku. To pak v každodenním životě skupiny vytváří různorodé interakce, problémy a konflikty, které mohou být materiálem, s nímž se dá terapeuticky pracovat. Díky tomuto materiálu může klient poznávat svůj podíl na různých situacích a může si vyzkoušet jiné formy chování.³³

2.3 Účinné faktory skupinové psychoterapie podle Kratochvíla

Pokud budeme vycházet z výše uvedené definice, popisující Terapeutickou komunitu jako zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, považují za logické zmínit ve své práci účinné faktory skupinové psychoterapie. Ty úzce souvisí s terapeutickou komunitou, která prvky skupinové psychoterapie využívá. Tyto faktory působí léčebně a jsou nositeli žádoucí změny.

Účinné faktory skupinové psychoterapie:

- Členství ve skupině - Už jen to, že člověk patří do nějaké skupiny, může působit léčebně a vyvolávat změnu. Zejména u společensky izolovaných osob může být přijetí do skupiny korektivním zážitkem. Pozitivní vztahy a dobrá atmosféra ve skupině vede ke zmírňování tenze či obtíží a působí podpůrně. Mnoho klientů si myslí, že jejich problémy a obtíže jsou jedinečné a nelze se o ně s nikým podělit, ale

³² Srov. KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*, s. 12-14.

³³ Srov. tamtéž s. 12.

ve skupině zjišťují, že ostatní mají podobné problémy jako oni. To vytváří pocit sounáležitosti a v terapii působí podpůrně.³⁴

- Emoční podpora - Emoční podporu lze vnímat jako skutečnost, že členové skupiny naslouchají a snaží se mu porozumět. Člověk je brán a uznán jako samostatná osoba a skupina mu umožňuje svou jedinečnost projevit. Pokud je poskytnuta klientovi podpora a zájem, klient se může „otevřít“. Vždy nejsou postoje skupiny kladné, a proto je důležité terapeutem správné vedení skupiny. Pokud chybí správné vedení, mohlo by docházet k opovrhování či srážení klienta a obnově negativních pocitů klienta před terapií. Akceptující tolerantní atmosféru je třeba vytvořit. Významnou složkou emoční podpory je i koheze, pozitivně ovlivňující terapii skupiny.³⁵

- Pomáhání jiným - Na klienta pozitivně působí nejen to, že dostává podporu od druhých, též i to, že sám sdílí s druhými problémy, nabízí jim podporu a empatii. Klient s nízkou sebedůvěrou a sebehodnocením začne při společné práci cítit, že je potřebným a užitečným pro druhé. Klient se přestane zaměřovat pouze na sebe a zvyšuje pocit vlastní moci, ceny a sounáležitost i s druhými.³⁶

- Sebeexplorace a sebeprojevení - Sebeprajevením se člověk přestává skrývat pod maskou a stává se průhlednějším a jasnějším. Člověk otevřeně projevuje své emoce, chování, které před tím bylo skryté, a také skupině otevřeně sděluje i soukromé informace, které není jednoduché sdělovat. Toto sebeexplorace a seboprejevení, u některých autorů nazývané též sebeodhalení, má na člověka kladný vliv, pokud je skupinou přijato s podporou a porozuměním. Opačně pak působí, pokud se člověk odhalí a není to skupinou přijato s podporou a porozuměním. Člověk se pak může cítit odmítnutý a traumatizovaný.³⁷

- Zpětná vazba, konfrontace - Když člen skupiny slyší názory a pohledy druhých na své chování a jednání, mluvíme o zpětné vazbě. Ta je důležitým zdrojem informací, je projevem toho, jak nás vidí ti druzí. Zpětná vazba může být pozitivní, tak i negativní. V případě velmi negativní zpětné vazby lze užít i termín konfrontace. Pokud má

³⁴ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 188.

³⁵ Srov. tamtéž s. 189.

³⁶ Srov. tamtéž s. 190.

³⁷ Srov. tamtéž s. 191.

působit konfrontace užitečně, musí být mezi kritizujícím a kritizovaným kladný vztah, kritizovaný musí být schopný kritiku snést a musí být brán v potaz aktuální stav kritizovaného i atmosféra skupiny. Pokud toto nebude respektováno, může být kritika přijata jako útok a bude vyvolávat jen obranu či protiútok, mine se účinkem.³⁸

- Odreagování - Pro terapeutický proces je důležité projevení afektu a vynesení na povrch různých traumatizujících zážitků a potlačených emocí. Dochází tím k uvolnění tenze a odreagování. Pokud je ve skupině podpůrná a důvěrná atmosféra, může jedinec sdělovat své zážitky, projevovat emoce, nadávat, projevovat pocity, úzkosti, křivdy, strachu, agrese a dochází tím k odreagování a vypořádání se s potlačenou tenzí.³⁹
- Náhled - Náhled lze chápat jako uvědomění si souvislostí ve vlastní psychice, které jsme si dříve neuvědomovali. Je možné např. získat náhled na souvislost mezi nemocí a osobními problémy a konflikty. Pokud člověk přičinám svého chování porozumí, lze pracovat na změně.⁴⁰
- Korektivní emoční zkušenost - Člověk, který je součástí skupiny, promítá do této skupiny naučené způsoby chování vzniklé např. traumatizujícími zážitky. Pokud ale skupina např. na agresivitu či nedůvěru jednotlivce nereaguje očekávanou reakcí, např. také rozzlobením a agresivitou, ale reaguje naopak např. porozuměním a trpělivostí, může to pak na jednotlivce působit korektivně.⁴¹
- Zkoušení a nácvik nového chování - Pokud si člověk ve skupině uvědomí nevhodnost starých způsobů chování, může si ve skupině vyzkoušet způsoby nové, vhodnější. Skupina nabízí mnoho situací a příležitostí ke zkoušení a upevňování nového chování. Aby ale ke změnám mohlo dojít, musí být člověk motivován, důležitá je identifikace se skupinou. Velký význam učení se novému chování má tzv. učení nápodobou. Pokud člověk vidí, že určité způsoby chování

³⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 193.

³⁹ Srov. tamtéž s. 192.

⁴⁰ Srov. tamtéž s. 195.

⁴¹ Srov. tamtéž s. 198.

jsou ve skupině oceňovány, pomáhá to člověku chovat se podobně a měnit tak své chování.⁴²

- Získání nových informací a sociálních dovedností - Skupina nabízí mnoho informací a poznatků o vhodných a nevhodných způsobech chování. Ty mohou být podnětem i pro daného jednotlivce, může si je zobecňovat, může se učit pozorováním. Díky pobytu ve skupině může člověk porozumět otázkám rivality, vůdcovství, rolí, tenze a koheze skupiny. Na základě toho pak získává i nové sociální dovednosti.⁴³

Ze zahraničních autorů se účinnými faktory skupinové psychoterapie také zabývají Irvin Yalom, Penelope Campling, Rex Haigh či Martien Kooyman.⁴⁴

2.4 Terapeutická komunita u psychóz

„Terapeutická komunita je druhem péče o duševně nemocné, která není u nás zatím příliš známá a používaná. V mnoha oblastech přebírá model terapeutické komunity již řadu let fungující v oblasti péče o pacienty se závislostmi.“⁴⁵

I z výše uvedeného důvodu se oblasti terapeutických komunit u psychóz věnuje pouze malé množství odborné literatury. Kapitulu o takto specializovaných komunitách najdeme u Kratochvíla.

Klienti komunit u psychóz jsou zpravidla chronickými pacienty zdravotnických zařízení. Přicházejí do komunity právě ze zařízení zdravotnických. Dá se tedy u nich mluvit o jakémsi „hospitalismu“, jistěm nánosu negativních vlivů málo sociálně stimulujícího prostředí, které je nutné odstranit. V tomto smyslu, je funkcí na psychózy orientované komunity, funkce mentálně hygienická. Další zásadní funkcí je funkce resocializační, připravit se na život venku, mimo zdravotnické zařízení. Komunita pro psychotiky by se měla zejména snažit podněcovat aktivitu klientů, napomáhat jejich společenským vazbám, podporovat sebevědomí klientů a pomoci se vyrovnat s faktem psychické nemoci. Členové komunity musí také brát ohled na aktuální stav psychotika. Je také nezbytné, aby personál projevoval vůči psychotikům

⁴² Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 202.

⁴³ Srov. tamtéž s. 202, 203.

⁴⁴ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita*, s. 137, 145, 153.

⁴⁵ HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*, s. 61.

velkou míru tolerance. Personál zaujímá ke klientům spíše podpůrnou roli a zasahuje více do režie terapeutické komunity.⁴⁶

2.5 Terapeutická komunita Mýto

TK Mýto je ojedinělým zařízením komunitního typu v České republice, které se zaměřuje na poskytování sociálních služeb duševně nemocným osobám, zejména schizofrenií.

2.5.1 Cíl

Cílem TK Mýto je pomoci lidem s duševním onemocněním, zejména schizofrenií, obnovit sociální dovednosti, které z důvodu nemoci ztratili a připravit klienty k postupnému začleňování do tzv. normální společnosti. Důraz je kladen zejména na pracovní a sociální rehabilitaci.⁴⁷

2.5.2 Cílová skupina

Cílovou skupinou TK Mýto jsou kompenzovaní muži a ženy ve věku 18-45 let s dlouhodobým psychotickým onemocněním, zejména schizofrenií.⁴⁸

2.5.3 Zřizovatel a vývoj TK Mýto

TK Mýto byla založena a je provozována Českou asociací pro psychické zdraví (dále jen ČAPZ). Zakladatelem TK Mýto stejně jako organizace ČAPZ je vedoucí lékař Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov MUDr. Martin Jarolímek. Terapeutická komunita pro lidi s duševním onemocněním již v minulosti fungovala, a to v Jihočeském kraji od roku 2003 v obci Střítež, jejím provozovatelem, stejně jako dnes, byl ČAPZ. Později se tato komunita v roce 2007 přesunula do obce Mýto v Plzeňském kraji nedaleko obce Rokycany. Zde v objektu bývalé fary funguje i dnes.⁴⁹

⁴⁶ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*, s. 19.

⁴⁷ *Česká asociace pro psychické zdraví o. s.* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 25. 8. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto>>.

⁴⁸ *Česká asociace pro psychické zdraví o. s.* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 4. 8. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto>>.

⁴⁹ Srov. *Terapeutická komunita Mýto: Historie* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 2. 10. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.komunitamyto.cz/historie>>.

2.5.4 Podmínky přijetí klienta do komunity, kardinální pravidla a délka pobytu

Rozhodnutí o přijetí klientů do TK Mýto vydává psychiatr komunity na základě absolvování úvodního pohovoru a na základě doporučení ošetřujícího psychiatra. Psychiatr komunity prostřednictvím pohovoru zjišťuje, zda klient není v akutním stadiu nemoci, zda je jeho stav kompenzovaný a zda pravidelně užívá léky. Klient musí také prokázat motivaci pro pobyt v komunitě, přesvědčit, že je ochoten se něco naučit a měnit své návyky. Klient nesmí být aktuálně závislý na návykových látkách a alkoholu, je tolerována případná zkušenost s drogou či alkoholem v minulosti. Při příjmu do TK Mýto se testuje přítomnost návykových látek v moči.

Klient musí být schopen uhradit měsíční příspěvek 5250,- Kč na stravu a ubytování. Nástup do komunity je také podmíněn souhlasem s dodržováním kardinálních pravidel, ta klient podepisuje ve smlouvě.⁵⁰

Kardinální pravidla komunity:

- *čistota od drog, alkoholu a jiných závislostí*
- *žádné fyzické ani psychické násilí*
- *povinnost účastnit se programu*
- *respektování rozhodnutí a podmínek komunity*
- *zákaz navazování partnerského nebo sexuálního vztahu⁵¹*

Délka pobytu je individuální, zpravidla 12 měsíců, Ve výjimečných případech, jako je například čekání na návaznou službu (chráněné bydlení), lze pobyt prodloužit max. o 3 měsíce.

2.5.5 Tým pracovníků TK Mýto

Chod komunity v současné době zajišťuje tým šesti terapeutů a jedna sociální pracovnice. Je snaha, aby tým komunity byl heterogenní, aby každý z pracovníků mohl klientům „nabídnout trochu něco jiného“. Požadavky na pozici terapeuta jsou

⁵⁰ Srov. *Terapeutická komunita Mýto: Přijetí klienta* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 17. 8. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.komunitamyto.cz/prijetiklienta>>.

⁵¹ *Terapeutická komunita Mýto: Jak to u nás chodí* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 17. 8. 2012]. Dostupné na WWW:<http://www.komunitamyto.cz/jaktochodi#zakladni_pravidla>.

minimálně středoškolské vzdělání humanitního směru a kurz „pracovník v sociálních službách“, upřednostňována je však vysoká škola nebo vyšší odborná škola oboru sociální práce. Je také vhodné, aby terapeut TK Mýto absolvoval psychoterapeutický výcvik. Terapeuti se v TK Mýto střídají po dvojicích formou služeb, sociální pracovnice je v komunitě denně od pondělí do pátku.

2.5.6 Psychiatr TK Mýto a medikace klientů

Jak jsem již uvedl, klienta do TK Mýto přijímá psychiatr komunity. Je vhodné, aby klient po dobu pobytu byl pacientem psychiatra komunity. Psychiatr TK Mýto není v komunitě přítomen každý den, ale navštěvuje TK Mýto pravidelně 1krát měsíčně. V době návštěvy absolvuje s klienty pohovor, sloužící ke zhodnocení stavu klienta. Své poznatky následně konzultuje s personálem TK Mýto a je personálem informován o fungování klientů v komunitě. Psychiatr dále konzultuje s personálem TK Mýto individuální plány klientů, popř. vnáší podněty k jejich změně a dle jejich aktuálního stavu upravuje klientům medikaci.

Při nástupu do komunity by měl být klient kompenzován a měl by pravidelně užívat léky. Ne vždy je však schopen léky sám bez upozornění užívat. Pro posouzení, zda je klient schopen sám užívat pravidelně léky slouží první měsíc, kdy má klient léky umístěny v kanceláři TK Mýto. Pokud klient v prvním měsíci prokáže svou schopnost nezapomínat užívat léky, je to krok postoupení do vyšší fáze. Pravidelné užívání léku klientem je zásadní pro prevenci relapsu nemoci a je také jedním z cílů TK Mýto vzhledem ke klientovi.

2.5.7 Fáze pobytu

Fáze pobytu jsou nedílnou částí růstu klienta. TK Mýto pobyt klienta člení do čtyř fází, 0. až 3. fáze (nultá až třetí fáze). Aby klient úspěšně absolvoval pobyt v TK Mýto, je nutné projít všemi těmito fázemi. Aby mohl postupovat z nižších do vyšších fází, musí prokázat, že zvládl požadavky jednotlivých fází.

Zpočátku musí klient zejména prokázat, že je schopen zvládat nastavený režim komunity, péči o sebe sama, samostatně užívat léky, spolupracovat s psychiatrem atd. V průběhu fází dochází ke „zkompetentňování“ klienta. Klient, který v nižších fázích byl pouze „Pomocníkem úklidu“ či „Pomocníkem kuchyně“, se postupem do dalších fází stává „Šéfem úklidu“, „Zvoníkem“ či „Šéfem kuchyně“. Jeho kompetence

a dovednosti se zvládnutím nižších fází a postupem do fází vyšších zvyšují, klient je schopen předávat zkušenosti klientům v nižší fázi a stává se samostatnějším.

„Aby si klient ověřil, zda získané dovednosti fungují v přirozeném prostředí, je konfrontován s realitou tím, že si v poslední fázi hledá práci, bydlení či další službu, která by vhodně navázala na započatý proces. V této fázi již komunita funguje hlavně jako podpora, kterou klient využívá v případech komplikací, kdy může konzultovat jednotlivé problematické situace.“⁵²

Strukturování léčebného pobytu (fáze) závisí na cílové skupině klientů a jejich specifických potřebách a problémech. V ČR je obvyklé strukturovat program do čtyř fází.⁵³

Hlavní význam fází:

- Fáze umožňují nácvik a sociální učení v přijatelných dávkách. Naplňováním krátkodobých cílů se postupuje k naplňování cílů dlouhodobějších.
- Fáze stanovují kritéria dosahování cílů a jsou znakem pokroku klienta v léčbě, přináší posílení klientovy změny.
- Fáze s popsáním obsahem a cíli jsou zdrojem pro hodnocení i sebehodnocení klienta.⁵⁴

2.5.8 Komunitní setkání

V TK Mýto jsou komunitními setkáními Ranní, Večerní a Velká komunita.

Ranní komunita 8.30–9.00 – koná se každý den kromě neděle

Ranní komunitu zahajuje Zvoník, informuje o svátcích či narozeninách, přednese citát pro dnešní den. Zvoník vysvětlí, proč daný citát zvolil, ostatní mohou citát komentovat, prostřednictvím házení míčku probíhá předávání slova. Klienti zde hovoří o tom, jak se vyspali, popř. co se jim zdálo. Terapeuti reagují na klienty, kteří mluví během kolečka. Podstatná témata se terapeuti snaží s klienty více rozvíjet. V poslední části ranní komunity sděluje Zvoník jednotlivé služby klientů a vše, co se týká provozu.

⁵² *Terapeutická komunita Mýto: Fáze pobytu* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 12. 9. 2012]
Dostupné na WWW: <<http://www.komunitamyto.cz/jaktochodi>>.

⁵³ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita*, s. 192.

⁵⁴ Srov. tamtéž s. 191.

Na závěr probíhá krátká skupinová hra. Nakonec Zvoník ukončuje komunitu s přáním hezkého dne.

Večerní komunita 18.30–19.30 – koná se každý den

Večerní komunitu také zahajuje Zvoník. Hodnotí, zda byly splněny úkoly na příslušný den, kdo a jak pracoval, v čem byly případné problémy. Zvoník pak hodnotí den sám za sebe a pak předává slovo dalším členům komunity. Terapeuti reagují na klienty a kladou důraz na témata, která se objevila a která považují za podstatná. Důležitým tématům je na večerní komunitě věnován větší prostor. Na konec komunity je stejně jako u ranní komunity zařazena krátká skupinová hra.

Velká komunita 14.00–16.00 – koná se každý poslední čtvrtek v měsíci

Velká komunita je prostorem pro setkání všech členů komunity. Na Ranních a Večerních komunitách jsou vždy pouze terapeuti na službě, ale na Velké komunitě je celý tým. Jednou za 3 měsíce se Velké komunity účastní i ředitel zřizovatele TK Mýto a psychiatr komunity. Na Velké komunitě je prostor pro:

- zhodnocení plnění individuálních plánů jednotlivců
- vítání nových členů komunity a loučení se s odcházejícími
- přechody do vyšších fází spojené s rituály
- plánování následujícího měsíce
- změny pravidel
- prostor pro oceňování klientů

Mimořádná komunita – kdykoliv mezi 7.30–22.00

Jak už název sděluje, Mimořádná komunita slouží v řešení mimořádných neodkladných záležitostí. Může jí svolat jakýkoliv člen komunity. Mezi mimořádné či neodkladné záležitosti lze například považovat příchod či odchod člena komunity, pozitivní test na drogy či agrese mezi členy komunity.

Komunitní setkání mají v programu komunity centrální místo a jsou jedním z hlavních znaků terapeutické komunity. Klienti a personál sedí ve velkém kruhu

a diskutují o tom, co se v komunitě od posledního setkání událo, probírají problémy, které se objevily a přijímají rozhodnutí.⁵⁵

Komunitní setkání zajišťují tyto funkce:

- vytvářejí pocit soudržnosti a pospolitosti v komunitě
- zajišťují co největší sdílení informací v komunitě
- umožňují otevřené a veřejné rozhodování
- poskytují nástroj, pomocí kterého členové vyvíjejí tlak na jedince⁵⁶

2.5.9 Sociální a pracovní rehabilitace klientů TK Mýto

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonů běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí“.⁵⁷

Sociální rehabilitace v TK Mýto se uskutečňuje prostřednictvím:

- **režimové terapie**
- **péči o každodenní chod zařízení**
- **volnočasových aktivit, zátěžových programů a sportu**
- **psychoedukace**

Režimová terapie

TK Mýto má jasně strukturovaný program, tzv. Režim dne, viz příloha č. I. Prostor v uspořádání týdne mají společné plánování dne, pracovní rehabilitace, společné stravování, volnočasové aktivity či zátěžové programy. Program také nezapomíná

⁵⁵ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita*, s. 113.

⁵⁶ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita*, s. 113, 114.

⁵⁷ Srov. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 19. 9. 2012.

na odpočinek. Strukturovaný časový program je v tištěné podobě na dostupných místech, aby k němu klienti měli přístup.

Duševně nemocný člověk potřebuje jasné strukturované prostředí, které nabízí bezpečí a jistotu. Je důležitý jasný denní program a s ním související pravidla. Jasná struktura denních aktivit je totiž protiklad neuspořádanému životu klientů, narušující negativní způsob myšlení. Prostřednictvím denního režimu si klienti obnovují návyky, které ztratili. Je to součástí terapie založené na principu sociálního učení. Klient získává zdravé sociální návyky a narušuje vzorce maladaptivního chování. Cílem terapie je, aby se klient v běžném životě naučil sám tvořit vlastní denní režim, aby byly zachovány principy zdravého způsobu života. Klient by měl být schopný vyhodnotit činnosti dne, uvědomit si své úspěchy i chyby. Ve svých plánech by měl upřednostňovat povinnosti před zábavou a dát prostor i odpočinku.⁵⁸

Péče o každodenní chod zařízení

Péče o každodenní chod zařízení a pracovní rehabilitace se vzájemně velmi prolínají. V TK Mýto existuje několik funkcí (rolí), zde jsou nazývány službami. Všechny služby trvají jeden týden.

1/ Služba Zvoník

– Službu vykonává 1 klient ve 2. fázi, služba trvá jeden týden.

Povinnosti služby Zvoníka:

- Pomocí gongu na chodbě ostatní budí, svolává ke snídani, obědu, večeři. Svolává ranní a večerní komunitu a další činnosti, jako je rozcvička, zahajuje a ukončuje pracovní činnosti.
- Ranní komunita - zahajuje komunitu a vybírá citát na aktuální den, napíše si činnosti jednotlivých lidí, ukončuje komunitu.
- Večerní komunita - zahajuje komunitu, řídí ji, vyhodnocuje práci, zapíše služby na následující den, ukončuje komunitu.
- Kontroluje, jestli všichni začali pracovat a upozorňuje na nedostatky, pokud provoz a činnosti neprobíhají, jak by měly.
- Pomáhá novým klientům osvojit si jednotlivé funkce.

⁵⁸ Srov. MAHROVÁ, M.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 94.

- Spolupracuje se „Šéfy“ úklidu a kuchyně.
- Spolu s terapeutem konzultuje a plánuje program na následující den.

2/ Služba Úklid

– Službu vykonávají 3 klienti, 1 klient je „Šéf úklidu“ a tento klient je ve 2. či vyšší fázi, další 2 klienti jsou „Pomocníci úklidu“ a jde o klienty v 0. či 1. fázi, služba úklidu trvá týden.

Povinnosti služby Úklidu:

- Úklid společných prostor, chodby a schodiště, společenské místnosti, WC a koupelen, doplňování hygienických potřeb apod.
- Úklid vnějších prostor, prostor před i za budovou TK Mýto, úklid autobusové zastávky, úklid okolí pomníku na náměstí obce Mýto.
- Každý den vynášení odpadu z pokojů klientů do kontejnerů a kontrolování třídění odpadů.
- Starání se o vyvezení popelnic před budovou fary.
- Udržování a doplňování stavu skříně s úklidovými prostředky, prádlem atd.

3/ Služba Kuchyně

– Službu vykonávají 2 klienti, jeden klient je „Šéfkuchař“ a tento klient je ve 2. či vyšší fázi, druhý klient je pomocný kuchař a tento klient je v 0. či 1. fázi, služba kuchyně trvá týden.

Služba Kuchyně připravuje jídlo pro všechny klienty i personál TK Mýto.

Povinnosti služby Kuchyně:

- Nákup potravin na týden dle jídelníčku.
- Uložení potravin na vhodné místo, sledování množství a odpovědnost za ně.
- Denně příprava 3 hlavních jídel – snídaně, oběda a večeře.
- Příprava jídelního stolu (příbory, talíře apod.).
- Po jídle úklid a umytí nádobí, stůl v jídelně a průběžné udržování pořádku v kuchyni (nádobí, pracovní plocha, sporák, trouby, varná konvice, dřež, utěrky, ručníky, lednice, mrazák, sklad,...).

4/ Služba Péče o zvířata

– Službu vykonává 1 klient, služba trvá týden.

Povinnosti služby Péče o zvířata:

- Denně zajistit slepícím vodu a krmení (zrní a tráva), vybírat snesená vejce.
- Ráno a večer nakrmit kočky.

Péče o každodenní chod zařízení má v terapii duševně nemocných velký význam. Zahrnuje činnosti a práce rozdělené do jednotlivých funkcí a rolí.⁵⁹ „Klient v nich získává kompetence a důvěru. Má možnost převzít odpovědnost sám za sebe i za ostatní.“⁶⁰

Každá funkce obsahuje prvky sociálního učení. Funkce jsou obrazem modelu reálného světa. Klient v zařízení prochází všemi funkcemi, díky nim navazuje vztahy s druhými, získává kompetence a učí se sounáležitosti, kooperaci, odpovědnosti. Druhou stranou těchto rolí je i to, že jsou pro klienty stresem, zátěží. I to hraje svou roli.

I s tím se klient musí vyrovnat a je to příležitost pro pochvalu i kritiku, kterou se klient učí přijímat a snášet.⁶¹

Volnočasové aktivity, sport a zátěžové programy

Klienti TK Mýto se účastní pravidelného sobotního programu, který je vyčleněn na společný výlet či návštěvu kulturní akce. Sobotní program má na starosti Zvoník, klient ve vyšší fázi. Organizovat sobotní program je pro klienta prostor pro plánování, odpovědnost a přijetí pochvaly či kritiky členů komunity.

Nedílnou součástí terapie jsou i sportovní aktivity. Na ty je vymezeno pondělní odpoledne. V tomto čase se klienti věnují většinou kolektivním sportovním hrám, jako je volejbal, basketbal či fotbal. Klienti mají možnost využít v tomto čase Sokolovnu TJ Mýto, přilehlé venkovní hřiště, nebo posilovnu místní základní školy. Programu se účastní všichni klienti.

Další částí této kapitoly jsou zátěžové a zážitkové programy.

TK Mýto uskutečňuje zátěžové a zážitkové programy třikrát do roka. Prvním z programů je pobyt u vesnice Rejvíz v Jeseníku. Klienti zde spolu s terapeuty bydlí

⁵⁹ Srov. MAHOVÁ, M.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 95.

⁶⁰ Srov. tamtéž s. 95.

⁶¹ Srov. tamtéž s. 96.

v objektu, který je mimo obec a je tak trochu na „konci světa“. Skupina se musí starat o zajištění tepla, jídla a plánovat náplň jednotlivých dnů.

Druhým programem je sjíždění řeky Berounky a třetím programem je putovní výlet, kdy klienti stráví několik dnů v přírodě. Zde vaří, spí, vyráží za výlety.

Pro lidi s duševním onemocněním je smysluplné využití volného času velmi problematické. To je i důvod, proč se stává „využití volného času“ součástí terapie. Využití volného času lze rozdělit do části individuální a do části společné. V části individuální může klient využít čas dle svého, prostor může dát svým zájmům a koníčkům. Společnou část pak tvoří skupinové akce, jako jsou sportovní aktivity, společné výlety a návštěvy kulturních akcí. Uvedené činnosti jsou pak zdrojem spolupráce, společných prožitků a sounáležitosti.⁶²

Oblast sportu nejlépe vystihuje tato citace: „...kolektivní sportovní hry, zejména odbíjená, košíková, umožňují jak projevení některých osobnostních rysů, tak odreagování a nácvik aktivit, sebeprosazení a kooperace.“⁶³

Zátěžové a zážitkové programy hrají v rehabilitaci duševně nemocných podstatnou roli a dávají příležitost zjistit, kde jsou hranice vlastních sil klienta, a kdy se může spoléhat na ostatní. Klient může jejich prostřednictvím zaktivovat své síly a v sobě leccos překonat. Následkem je posílení svého sebevědomí a sebehodnocení. Klient tím také získává hluboké a nezapomenutelné zážitky.⁶⁴

Psychoedukace

Vedoucí komunity v rozhovoru uvádí, že oblasti psychoedukace se tým TK Mýto začal věnovat v poslední době. Psychoedukace probíhá v rámci Tematické skupiny, která se koná vždy v pátek. Klienti mohou mluvit o své nemoci, slyšet názory a osobní zkušenosti ostatních. Terapeuti s klienty diskutují a předávají klientům informace o tom, jak předcházet akutním projevům nemoci, vyhnout se relapsu. Pomáhají tím klientům získat náhled na nemoc.

Pokud chce nemocný účinně bojovat s onemocněním, měl by mít dostatek informací o nemoci, pravidelném užívání léků a díky tomu se naučit zacházet s jejími příznaky. To se děje prostřednictvím sezení, kdy personál s klienty o nemoci hovoří

⁶² Srov. MAHROVÁ, M.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 96.

⁶³ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*, s. 61.

⁶⁴ Srov. MAHROVÁ, M.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 97.

a dochází ke sdělování poznatků o nemoci. Díky tomu se nemocný naučí rozpoznat varovné příznaky zhoršení nemoci, dozví se, co má dělat, když se příznaky vyskytnou, a tím se může vyvarovat relapsu nemoci.⁶⁵

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je „Zapojování klienta do práce, a to jak v prostředí chráněném, tak na volném trhu práce. Obvyklými kroky v průběhu pracovní rehabilitace jsou zajišťování klientovy schopnosti pracovat, jeho motivace k práci, poradenství nebo jiná forma poskytování informací o pracovních příležitostech, trénink pracovních dovedností, hledání zaměstnání a podpora během zaměstnání.“⁶⁶

V TK Mýto je kladen na pracovní rehabilitaci velký důraz a klienti mají v rámci pracovní rehabilitace několik možností:

1. Pracovat v textilní dílně - V rámci textilní dílny klienti vyrábějí např. originální trička tím, že na ně malují vlastní motivy či se trička batikují.
2. Pracovat v keramické dílně – V rámci keramické dílny klienti vyrábějí z hlíny originální hrnky, vázy či sošky. Výrobky se pak vypalují ve vlastní keramické peci. Dále se zde vyrábí náušnice z korálků či z fima atd.
3. Pracovat na velké zahradě patřící k faře – Klienti se starají o zahradu (sekání, pletí, pěstování plodin). Na zahradě se v příslušných ročních obdobích pěstují rajčata, jahody, papriky, okurky, saláty, atd. Zahrada nabízí i další pracovní činnosti jako jsou drobné opravy např. plotu, rozbitého pracovního náradí. V nedávné době se také vytvářel výběh a kurník pro slepice, které se komunita rozhodla chovat. Zdánlivě jednoduchá věc je velkým zdrojem plánování, rozvažování, vzájemných interakcí mezi klienty i personálem a přímé práce na vytvoření popisovaného.

Výrobky z textilní a keramické dílny pak klienti oceňují a prostřednictvím stánkového prodeje či internetu nabízejí k prodeji. V současné době názvy textilní a keramická dílna zní jaksi nadsazeně vzhledem ke skutečnosti. Uvedené činnosti a výrobky sice odpovídají popisu, ale vše se prozatím vytváří v nevyhovující

⁶⁵ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 40.

⁶⁶ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 150.

společenské místnosti, nyní nejsou samostatné prostory pro keramickou ani pro textilní dílnu. V současné době ale probíhá přestavba stodoly přilehlé k faře a samostatné dílny zde budou klientům k dispozici v dohledné době.

Společnou prací na smysluplných úkolech lze dosáhnout u klientů lepší životní situace. Zde se uplatňuje metoda sociálního učení, založená na úspěších, prožitcích, selháních a jejich následcích.⁶⁷

Pracovní rehabilitace plní sociálně psychologické funkce. Klienti získávají povědomí o časové struktuře, spolupracují s ostatními, rozdělují si úkoly a směřují ke společnému cíli. Při práci dochází k sociálním kontaktům a k poznání, že každý člověk může mít jiný pohled, přemýšlet a vnímat jinak.⁶⁸

Kratochvíl vychází ze svých zkušeností s Kroměřížskou terapeutickou komunitou a uvádí: „*Pracovní činnost zařazujeme do organizace Terapeutické komunity nejen k vyplnění času pacientů a k aktivizaci jejich organismu, ale hlavně proto, aby se projevíly a korigovaly stereotypy chování, které se týkají tak významné životní oblasti, jakou je práce*“.⁶⁹

Významnými prvky pracovní rehabilitace je práce v zahradnictví a rukodělná umělecká činnost. Práce v zahradnictví je manuálně a fyzicky náročná a efektivně působí na interakci mezi členy komunity. Pracovní rehabilitace je zdrojem problémů, vztahů a postojů. Je vhodné tyto problémy přinášet do skupinových diskusí.⁷⁰

Vedení ČAPZ se také podařilo vytvořit projekt s názvem „*Pracovní a sociální integrace klientů Terapeutické komunity Mýto*“, který se snaží řešit otázku pracovní a sociální inkluze osob s duševním onemocněním psychotického typu.

Cílem projektu je zlepšit postavení klientů na trhu práce. Od srpna 2012 do března 2013 by klienti TK Mýto měli absolvovat profesionálně vedený vzdělávací a motivační trénink, který v sobě zahrnuje 96 skupinových a 192 individuálních hodin. Ve stejném čase by měla být vytvořena tréninková pracovní místa u partnera projektu, kterým je Městský úřad Mýto. Pracovní místa by měla být v rozsahu 2,25 úvazku.⁷¹

⁶⁷ Srov. MAHROVÁ, M.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 95.

⁶⁸ Srov. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 115.

⁶⁹ KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 198.

⁷⁰ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 198.

⁷¹ Srov. Česká asociace pro psychické zdraví o. s. *Pracovní a sociální rehabilitace klientů Terapeutické komunity Mýto* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 17. 8. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.capz.cz/integrace-klientu-tk>>.

Domnívám se, že projekt má velký potenciál, bude se snažit klienty motivovat, připravit a následně nabídnout i pracovní rehabilitaci mimo prostředí komunity. Uvedené aktivity mají schopnost „odizolovat“ klienta od společnosti a prostřednictvím relativně chráněného pracovního místa může klient otestovat své možnosti, schopnosti a sociální dovednosti. To vše s ohledem na duševní onemocnění klienta.

2.5.10 Návaznost služeb TK Mýto a spolupráce s jinými organizacemi

Z pojetí zejména posledních fází pobytu klienta vyplývá, že tyto fáze orientují klienta do budoucna a postupně mimo komunitu. Proto je důležité ještě v průběhu pobytu v TK Mýto navázat klienta na dostupné služby, zejména na chráněné bydlení či chráněné pracovní místo. To je také jedním z cílů TK Mýto.

Spolupráce hlavně v otázce bydlení probíhá zejména s organizací Fokus, která působí celorepublikově či s neziskovou organizací Ledovec o.s., která působí na území Plzeňského kraje.

V pracovní oblasti TK Mýto spolupracuje zejména s neziskovou organizací Lomikámen o. s., která provozuje chráněnou kavárnu s názvem Jiná káva v obci Beroun, vzdálené od obce Mýto cca 35km. Tato kavárna umožňuje pracovní rehabilitaci lidí s duševním onemocněním. Klienti TK Mýto, kteří jsou v poslední fázi pobytu či už pobyt v TK Mýto ukončili, mohou, je-li aktuálně volné místo, pracovat jako obsluha kavárny a vyzkoušet si tím své pracovní návyky a dovednosti.

Při navazování klienta na následné služby je důležité klientovi o možných službách poskytnout informace, ale samotné zařizování následných služeb se snaží personál TK Mýto nechávat na klientovi. Zvyšuje to jeho pocit odpovědnosti, kompetence a sebedůvěry.

Cílem sociální rehabilitace TK Mýto i obecně, je zlepšit sociální fungování klienta, tj. zlepšit kvalitu společenských vazeb, vztahy k lidem, využívání vlastního potenciálu či plnit požadavky společnosti.⁷²

⁷² Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 196.

3 Praktická část

Záměrem této části práce je zjistit, jak klienti TK Mýto hodnotí oblasti sociálního fungování před pobytem a po pobytu v TK Mýto. Celý pobyt absolvovalo ve sledovaném časovém období 8 klientů, viz příloha č. III.

3.1 Východiska průzkumu

Statistika „Klienti TK Mýto (1. 5. 2010-30. 8. 2012)“, která je přílohou č. III. bakalářské práce, uvádí, že v období 1. 5. 2010 až 30. 8. 2012 nastoupilo na pobyt 54 klientů, 38 mužů a 16 žen. Z toho počet 38 klientů nedokončilo celý pobyt a to z několika důvodů. U 10 klientů došlo k relapsu (znovuvzplanutí nemoci), 10 klientům byl pobyt ukončen z důvodu porušování kardinálních pravidel, 14 klientů odešlo samo a 1 klient je ve statistice uveden jako nevhodná služba. K 30. 8. 2012 je v komunitě 8 klientů, 4 klienti nastoupili do komunity ke druhému pobytu.

Z celkového počtu 54 klientů tedy dokončilo pobyt 8 klientů, z toho 5 mužů a 3 ženy. Počet 8 klientů, kteří úspěšně dokončili pobyt, je průzkumným souborem našeho průzkumu. Klienti by po absolvování celého pobytu a po opuštění komunity měli vykazovat zlepšení v mnoha oblastech sociálního fungování. Já jsem se v průzkumu zaměřil na oblast sociální, pracovní, zdravotní, oblast bydlení a volného času. Tyto oblasti byly zvoleny na základě zkušeností s osobami se schizofrenií. Okruh problémů pojícím se s onemocněním schizofrenie spadá právě zejména do oblasti sociální, pracovní, zdravotní, bydlení a oblasti volného času.⁷³

Zlepšení v oblastech sociálního fungování dává klientovi předpoklad k postupnému návratu do tzv. běžné společnosti.

⁷³ Srov. Matoušek, O.; Kolářková, J.; Kodymová, P. (eds.) *Sociální práce v praxi*, s. 155.

3.2 Formulace cíle a hypotéz

Cílem práce je porovnat a vyhodnotit názory a stanoviska klienta z oblasti sociálního fungování před nástupem do Terapeutické komunity Mýto a po opuštění Terapeutické komunity Mýto. Porovnání u klientů bude provedeno v oblastech sociální, pracovní, zdravotní a také v oblastech bydlení a volného času. Klienti též celkově zhodnotí pobyt v TK Mýto.

K naplnění cíle práce jsem stanovil následující hypotézu:

H1: Klienti, kteří úspěšně absolvovali celý pobyt v Terapeutické komunitě Mýto, hodnotí z hlediska sociálního fungování pobyt jako přínosný.

3.3 Metodika průzkumu

Nástrojem pro sběr dat byl standardizovaný dotazník rozeslaný poštou všem klientům, kteří úspěšně absolvovali celý pobyt v Terapeutické komunitě Mýto. Dotazník je rozčleněn do šesti tematických oblastí, oblasti sociální, zdravotní, pracovní, bydlení, volného času a celkové hodnocení pobytu. Vzor dotazníku je přílohou č. II této bakalářské práce.

K naplnění cílů praktické části bakalářské práce probíhalo šetření dle následujícího časového harmonogramu:

- příprava projektu (září 2012)
- příprava výzkumných materiálů, rozeslání dotazníků (září 2012)
- sběr dat (říjen 2012)
- kontrola a zpracování údajů (listopad 2012)
- analýza dat (listopad 2012)

Celkem bylo rozesláno osm dotazníků. Odpovědělo všech osm respondentů. Všechny dotazníky, které se vrátily, byly zařazeny ke zpracování a analýze. Návratnost dotazníků je 100 %.

3.4 Výsledky průzkumu

Problematika byla zachycena prostřednictvím šesti tematických oblastí. Jde o následující:

- hodnocení oblasti bydlení
- hodnocení oblasti sociální
- hodnocení oblasti pracovní
- hodnocení oblasti zdravotní
- hodnocení oblasti volného času
- celkové hodnocení pobytu

Několik prvních otázek se věnuje zjišťování demografických údajů. Věkovou strukturu přibližuje následující tabulka.

Tabulka č. 1 - Věk

Věk		
A	18-25let	5
B	26-35let	2
C	36-45let	1

Nadpoloviční většina respondentů je ve věku 18-25 let, jedna čtvrtina respondentů je ve věku 26-35let a jeden klient je v rozmezí 36-45let.

Další otázka se zabývala pohlavím klientů. Údaje jsou v tabulce č. 2

Tabulka č. 2 - Pohlaví

Pohlaví		
A	muž	5
B	žena	3

Nadpoloviční většina respondentů jsou muži.

Následující otázka se zabývá vzděláním klientů. Údaje uvádí tabulka č. 3

Tabulka č. 3 - Vzdělání

Vzdělání		
A	základní	0
B	středoškolské bez maturity	3
C	středoškolské s maturitou	4
D	vysokoškolské	1

Z celkového počtu 8 respondentů má polovina vzdělání středoškolské s maturitou, necelá třetina pak středoškolské vzdělání bez maturity. Jeden respondent uvádí vzdělání vysokoškolské. Žádný z respondentů neuvádí základní vzdělání.

První tematická oblast se zabývá hodnocením oblasti bydlení.

Jedna z otázek se zabývá hodnocením samostatnosti bydlení. Údaje jsou v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 – Hodnocení samostatnosti bydlení

Samostatné bydlení		před pobytem v TK Mýto	nyní
A	bydlení v samostatném bydlení	1	3
B	bydlení v chráněném bydlení	0	4
C	bydlení u rodičů	4	1
D	pobyt v psychiatrické léčebně	3	0
E	jinde	0	0

Před pobytem v TK Mýto, byli 3 respondenti v psychiatrické léčebně a polovina respondentů bydlela u rodičů. Žádný z respondentů nebydlel v chráněném bydlení a pouze jeden respondent uvedl, že bydlel před pobytem v TK Mýto v samostatném bydlení.

Nyní žádný z respondentů není v psychiatrické léčebně, pouze, polovina respondentů bydlí v chráněném bydlení. Samostatně bydlí nyní více jak třetina respondentů.

Následující otázka se zabývá hodnocením schopnosti vykonávat činnosti spojené s domácností. Údaje jsou v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 – Hodnocení schopnosti vykonávat činnosti spojené s domácností

Schopnost vykonávat činnosti spojené s domácností (vaření, úklid)		před pobytem v TK Mýto	Nyní
A	schopen / schopna zvládat bez problému	2	8
B	schopen / schopna zvládat částečně	6	0
C	není vůbec schopen / schopna zvládat	0	0

Před pobytem v TK Mýto, byly schopny tři čtvrtiny respondentů zvládat činnosti spojené s domácností pouze částečně. Pouze jedna čtvrtina zvládala tyto činnosti bez problému.

Nyní všichni respondenti uvádí, že činnosti spojené s domácností jsou schopni zvládat bez problému. Došlo tedy k nárůstu z 25 % na 100 %.

Druhá tematická oblast se zabývá hodnocením oblasti sociální.

Jak oceňují respondenti vztahy s nejbližší rodinou, přibližují údaje v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 – Hodnocení vztahů s nejbližší rodinou

Vztahy s nejbližší rodinou (bratr, sestra, otec, matka)		před pobytem v TK Mýto	nyní
A	dobré	4	7
B	spíše dobré	2	1
C	spíše špatné	2	0
D	špatné	0	0

Před pobytem v TK Mýto vztahy s nejbližší rodinou jako dobré hodnotí pouze polovina respondentů. Jedna čtvrtina pak hodnotí vztahy jako spíše dobré a jedna čtvrtina hodnotí vztahy jako spíše špatné.

Nyní téměř všichni respondenti (kromě jednoho) hodnotí tyto vztahy jako dobré. Žádný z respondentů již nehodnotí tyto vztahy jako spíše špatné a pouze jeden respondent hodnotí vztahy jako spíše dobré.

Následující otázka se zabývá hodnocením vztahů se širším okolím. Údaje jsou v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7 – Hodnocení vztahů se širším okolím

Vztahy se širším okolím (kamarádi, kolegové, spolužáci)		před pobytem v TK Mýto	nyní
A	dobré	5	5
B	spíše dobré	3	3
C	spíše špatné	0	0
D	špatné	0	0

Před pobytem v TK Mýto vztahy se širším okolím hodnotí jako dobré nadpoloviční většina respondentů a více jak jedna třetina respondentů hodnotí tyto vztahy jako spíše dobré.

Nyní je hodnocení těchto vztahů naprosto shodné s hodnocením před pobytem. V této oblasti nedošlo k žádné změně.

Jak je posuzována samostatnost v osobních záležitostech dokumentují údaje v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8 – Hodnocení samostatnosti v osobních záležitostech

Osobní záležitosti, např. komunikace s úřady, poštou, bankou apod.		před pobytem v TK Mýto	nyní
A	schopen / schopna řešit samostatně s minimální pomocí druhých	3	6
B	schopen / schopna řešit jen částečně, často odkázán (a) na druhé	3	1
C	není schopen / schopna řešit samostatně, odkázán (a) na druhé	2	1

Před pobytem v TK Mýto, nebyla schopna řešit věci samostatně a byla odkázána na druhé či byla schopna řešit osobní záležitosti jen částečně a často byla odkázána na druhé více jak polovina respondentů, pouze více jak jedna třetina respondentů byla schopna osobní záležitosti řešit samostatně s minimální pomocí druhých. Takto hodnotí tuto oblast klienti před pobytem.

Nyní pouze jedna čtvrtina samostatnost v osobních záležitostech hodnotí tak, že není schopna řešit věci samostatně a je odkázána na druhé či je schopna řešit osobní záležitosti jen částečně a často je odkázána na druhé. Tři čtvrtiny respondentů pak uvádí, že jsou schopni řešit osobní záležitosti samostatně s minimální pomocí druhých, došlo tedy k nárůstu o 50 %.

Hodnocením kontaktů s jinými lidmi se zabývá další otázka. Údaje nalezneme v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9 – Hodnocení kontaktů s jinými lidmi

Kontakty s jinými lidmi		před pobytem v TK Mýto	Nyní
A	bezproblémové	2	3
B	občas mi dělají problém	3	5
C	vyhýbání se kontaktům	3	0

Před pobytem v TK Mýto, více jak jedna třetina respondentů uváděla, že se vyhýbala kontaktům. Více jak jedna třetina hodnotí tyto kontakty tak, že jim občas dělaly problém, a pouze jedna čtvrtina hodnotí tyto kontakty jako bezproblémové.

Nyní nikdo z respondentů neuvádí, že by se kontaktům vyhýbal. Nadpoloviční většina pak uvádí, že jim kontakty dělají problém. Jako bezproblémové hodnotí kontakty s jinými lidmi už více jak jedna třetina respondentů.

Třetí tematická oblast se týkala hodnocení pracovní oblasti.

Blok začal hodnocením schopnosti pracovat. Údaje jsou v tabulce č. 10a.

Tabulka č. 10a – Hodnocení schopnosti pracovat

Schopnost pracovat		před pobytem v TK Mýto	Nyní
A	nepracuje a pracovat nechce	0	0
B	nepracuje, zdravotní stav to nedovoluje	6	2
C	pracuje na normálním pracovním místě	1	1
D	pracuje na chráněném pracovním místě	1	5
E	studuje	0	0

Před pobytem v TK Mýto nepracovaly tři čtvrtiny dotazovaných. Pouze jedna čtvrtina pracovala na chráněném či normálním pracovním místě.

Nyní respondenti uvádí, že pouze jedna čtvrtina nepracuje. Tři čtvrtiny pak uvádí, že pracují na chráněném pracovním místě či normálním pracovním místě, došlo tedy k nárůstu z 25 % na 75 %. Nadpoloviční většina dotazovaných pracuje na chráněném pracovním místě.

Další otázka se zabývá pohledem na délku pracovního úvazku. Údaje jsou v tabulce č. 10b.

Tabulka č. 10b – Hodnocení délky pracovního úvazku

Pracovní úvazek		před pobytem v TK Mýto	Nyní
A	částečný úvazek	1	5
B	plný úvazek	1	1

Před pobytem v TK Mýto pracoval na částečný úvazek pouze jeden respondent a jeden respondent pracoval na plný úvazek. Před pobytem v TK Mýto, byl celkový úvazek respondentů 1,5 úvazku.

Nyní většina respondentů, kteří pracují, uvádí, že pracují na částečný úvazek, jeden respondent uvádí úvazek plný. Po pobytu v TK Mýto se úvazek respondentů zvýšil na 3,5 úvazku.

Jak respondenti hodnotí schopnosti hospodařit s finančními prostředky, naznačují údaje v tabulce č. 11.

Tabulka č. 11 – Hodnocení schopnosti hospodařit s finančními prostředky

Hospodaření s finančními prostředky		před pobytem v TK Mýto	Nyní
A	bezproblémové	3	4
B	občas mi dělá problém	2	3
C	neustále s tím mám problém	3	1

Před pobytem v TK Mýto, hodnotila nadpoloviční většina respondentů schopnost hospodařit finančními prostředky jako občas či neustále problematické. Jako bezproblémovou hodnotilo situaci více jak jedna třetina.

Nyní hodnotí hospodaření s finančními prostředky jako občas problematické či neustále problematické 50 % respondentů. Také 50 % respondentů nyní hodnotí hospodaření s finančními prostředky jako bezproblémové.

Čtvrtá tematická oblast se zabývá hodnocením oblasti zdravotní.

Blok začínal hodnocením schopnosti samostatně užívat léky. Údaje jsou v tabulce č. 12.

Tabulka č. 12 – Hodnocení schopnosti samostatně užívat léky

Schopnost samostatně užívat léky		před pobytem v TK Mýto	Nyní
A	pravidelné užívání léků dle instrukcí svého psychiatra	6	7
B	nepravidelné užívání léků	1	0
C	léky neužívá, i když je užívat má	1	0
D	léky neužívá	0	1

O samostatném užívání léku **před** pobytem v TK Mýto respondenti uvádí, že tři čtvrtiny respondentů užívaly léky pravidelně dle instrukcí psychiatra. Pouze jeden respondent užíval léky nepravidelně a jeden respondent léky neužíval, i když je užívat měl.

Nyní se pravidelné užívání léků navýšilo o jednoho respondenta a žádný z respondentů neužívá již léky nepravidelně, či léky neužívá, i když by je užívat měl. Dále se zjišťovala schopnost rozpoznat příznaky nemoci. Údaje jsou v tabulce č. 13.

Tabulka č. 13 – Hodnocení schopnosti rozpoznat příznaky nemoci

Schopnost rozpoznat příznaky nemoci		před pobytem v TK Mýto	Nyní
A	rozpoznání příznaků řešené okamžitým vyhledáním odborníka	4	8
B	rozpoznání příznaků, ale neřešené	0	0
C	nerozpoznání příznaků	4	0

Schopnost rozpoznat příznaky **před** pobytem v TK Mýto, hodnotila polovina respondentů. Tak, že by byla schopna rozpoznat příznaky nemoci a řešit je okamžitým vyhledáním odborníka. Polovina pak uváděla, že příznaky nerozpoznala.

Nyní všichni respondenti uvádějí, že by byli schopni rozpoznat příznaky a ihned je řešit vyhledáním odborníka.

Pátá tematická oblast se zabývala hodnocením oblasti volného času.

Oblast byla zahájena hodnocením schopnosti plánovat den. Údaje nalezneme v tabulce č. 14.

Tabulka č. 14 – Hodnocení schopnosti plánovat den

Schopnost plánovat den		před pobytem v TK Mýto	Nyní
A	jsem schopen/schopna den plánovat	1	6
B	jsem schopen/schopna den plánovat jen částečně, často je den bez řádu	6	2
C	nejsem vůbec schopen/schopna den plánovat	1	0

Před pobytem v TK Mýto byli tři čtvrtiny respondentů schopni den plánovat jen částečně, kdy často den byl bez řádu. Pouze jednotliví respondenti byli schopni den plánovat nebo nebyli schopni plánovat den vůbec.

Nyní hodnotí schopnost den plánovat tak, že jsou schopni den plánovat tři čtvrtiny respondentů. Pouze jedna čtvrtina je schopna den plánovat den částečně, proto je den často bez řádu.

Další otázka se týkala hodnocení využití volného času. Údaje přibližuje tabulka č. 15.

Tabulka č. 15 – Hodnocení využití volného času

Využití volného času (různé koníčky, sport, vzdělávání, kultura apod.)		před pobytem v TK Mýto	nyní
A	smysluplné využívání volného času	1	4
B	smysluplné využívání volného času jen někdy	4	4
C	smysluplně nevyužitý volný čas	3	0

Otázku využití volného času **před** pobytem v TK Mýto hodnotila necelá polovina respondentů tak, že nebyla schopna smysluplně využívat volný čas, a polovina respondentů využívala volný čas smysluplně jen někdy.

Nyní polovina respondentů uvádí, že je schopna smysluplně využívat volný čas a polovina uvádí, že smysluplně volný čas využívá jen někdy. Žádný z respondentů již nehodnotí svůj volný čas jako smysluplně nevyužitý.

Šestá tematická oblast zkoumala celkové hodnocení pobytu.

Reflektovala posouzení dalších změn absolvováním pobytu v TK Mýto. Údaje nalezneme v tabulce č. 16.

Tabulka č. 16 – Hodnocení dalších změn absolvováním pobytu v TK Mýto

Další změny absolvováním pobytu v TK Mýto	
A	Změna léků s minimálními vedlejšími účinky.
B	Zapojení do kolektivu přibližně stejně starých lidí.
C	Spousta názorů.
D	Vnímání přátel (jak já je vnímám).
E	Uvědomění si svého sebevědomí.
F	Jsem ve všem samostatnější.
G	Mám lepší vztahy s matkou.
H	Došlo u mě ke snížení medikace od psychiatra.
I	Bydlím v jiném městě.
J	Výrazné zlepšení v komunikaci a ujištění se ve vlastních názorech.

V dotazu, kdy respondenti v otevřené otázce hodnotili další změny absolvováním pobytu v TK Mýto, se v odpovědích objevuje několik oblastí. Oblast medikace, oblast vztahová, oblast komunikace či oblast samostatnosti a sebehodnocení.

Všechny odpovědi jsou ve vztahu k pobytu v TK Mýto kladné a reflektují cíle TK Mýto. Další otázka se zaměřila na hodnocení remise či relapsu. Údaje jsou v tabulce č. 17.

Tabulka č. 17 – Hodnocení remise nebo relapsu

Došlo v období po opuštění TK Mýto doposud u klienta k relapsu?		Počet klientů
A	došlo k relapsu (znovuvzplanutí nemoci)	1
B	nedošlo k relapsu	7

Otázku remise či relapsu hodnotí respondenti tak, že u většiny respondentů nedošlo po opuštění TK Mýto k . Pouze u jednoho respondenta došlo k relapsu.

Následující otázka zjišťovala očekávání spojená s pobytem v TK Mýto. Údaje jsou v tabulce č. 18.

Tabulka č. 18 – Hodnocení očekávání od pobytu v TK Mýto

Naplnil pobyt v TK Mýto očekávání klienta?		Počet klientů
A	naplnil	5
B	naplnil částečně	3
C	nenaplnil	0

Nadpoloviční většina respondentů hodnotí pobyt tak, že naplnil jejich očekávání. Více jak jedna třetina uvedla, že pobyt naplnil očekávání částečně.

Respondenti rovněž hodnotili zařazení do běžného života (běžné společnosti). Údaje jsou v tabulce č. 18.

Tabulka č. 19 – Hodnocení zařazení do běžného života (běžné společnosti)

Pomohl pobyt v TK Mýto klientovi k zařazení do běžného života?		Počet klientů
A	pomohl k zařazení do běžného života	8
B	nepomohl k zařazení do běžného života	0

Všichni respondenti v otázce hodnocení zařazení do běžného života, hodnotí pobyt v TK Mýto tak, že jim pomohl k zařazení do běžného života.

Shrnutí

Z hodnocení pobytu respondenty vyplývá, že před pobytem v TK Mýto z nich bydlela polovina u rodičů a téměř polovina byla v psychiatrické léčebně. Nyní se žádný z respondentů nenachází v psychiatrické léčebně a všichni respondenti kromě jednoho bydlí v chráněném nebo samostatném bydlení. Vykonávat činnosti spojené s péčí o domácnost bez problému byla schopna pouze jedna čtvrtina respondentů a nyní tuto činnost bez problému zvládají všichni respondenti. Došlo tedy k nárůstu z 25 % na 100 %.

Ke změně také došlo u hodnocení vztahů s nejbližší rodinou, kdy jako dobré je před pobytem v TK Mýto hodnotila pouze polovina respondentů a čtvrtina posuzovala tyto vztahy jako spíše špatné. Nyní nikdo z respondentů neuvádí vztahy jako spíše špatné, či dokonce jako špatné, a většina je hodnotí jako dobré. Je zajímavé, že v hodnocení vztahů se širším okolím nedošlo ke změně žádné.

Vyřizovat osobní záležitosti samostatně s minimální pomocí druhých byla schopna pouze více jak třetina a nyní jsou schopny vyřizovat tyto záležitosti tři čtvrtiny respondentů.

Co se kontaktů s jinými lidmi týká, před pobytem v TK Mýto se jim vyhýbala téměř polovina respondentů, ale nyní nikdo z dotazovaných neuvádí, že by se kontaktům vyhýbal.

Hodnocení schopnosti pracovat ukázalo, že před pobytem nepracovaly ze zdravotních důvodů tři čtvrtiny dotazovaných. Nyní stejný počet (tři čtvrtiny) respondentů uvádí, že pracují, a to zejména na chráněném pracovním místě na částečný úvazek.

Rozpoznat příznaky nemoci a řešit je okamžitým vyhledáním odborníka bylo schopno pouze 50 % respondentů a 50 % uvádělo, že příznaky nerozpoznali. Nyní 100 % respondentů uvádí, že by byla schopna příznaky rozpoznat a hned by je řešila vyhledáním odborníka.

V otázce hodnocení schopnosti naplánovat den se ukázalo, že den plánovat nebylo schopno ani 20 % respondentů. Nyní je schopno den plánovat 75 % respondentů. Otázku využití volného času hodnotila téměř polovina respondentů tak, že není schopna využívat smysluplně volný čas, a polovina byla volný čas schopna využívat pouze někdy. Nyní už je polovina dotazovaných schopna smysluplně využívat volný čas a už nikdo nehodnotí volný čas jako smysluplně nevyužitý.

V otevřené otázce hodnocení změn absolvováním pobytu v TK Mýto jsou všechny změny ve vztahu k TK Mýto kladné a zasahují do oblastí medikace, komunikace či samostatnosti a sebehodnocení. Jako příklad lze uvést: „Jsem samostatnější“ či „Uvědomění si svého sebevědomí“.

Jako velmi pozitivní lze také popsat hodnocení remise nebo relapsu, tedy toho, zda nedošlo po opuštění TK Mýto u respondentů k relapsu (znovuvzplanutí nemoci). Pouze jeden respondent uvádí, že u něj došlo k relapsu. Jinak u většiny k relapsu nedošlo.

Předposlední otázka ukázala, že nadpoloviční většina respondentů hodnotí pobyt tak, že naplnil jejich očekávání. Poslední otázka pak ukázala, že 100 % respondentů hodnotí pobyt tak, že jim pomohl k zařazení do běžného života (běžné společnosti).

3.5 Ověřování platnosti hypotéz

H1: Klienti, kteří úspěšně absolvovali celý pobyt v Terapeutické komunitě Mýto, hodnotí z hlediska sociálního fungování pobyt jako přínosný.

Předpokládal jsem, že klienti, kteří absolvovali pobyt v TK Mýto, budou hodnotit tento pobyt z hlediska sociálního fungování jako přínosný. To znamená, že jsem předpokládal, že v hodnocených oblastech dojde ke změnám v hodnocení pobytu, a to od horšího hodnocení před pobytem směrem k lepšímu hodnocení po pobytu. K této hypotéze se vztahují tabulky č. 4-19.

Všechna hodnocení z oblasti bydlení, oblasti sociální, oblasti pracovní, oblasti zdravotní, oblasti volného času a celkové hodnocení pobytu ukazují změny a zlepšení absolvováním pobytu v TK Mýto. Pouze u jedné otázky, otázky č. 7, vyhodnocené v tabulce č. 7 – hodnocení vztahů se širším okolím, nedošlo po pobytu ke změně k lepšímu, ale také nedošlo ke změně k horšímu. Dá se tedy konstatovat, že průzkum potvrdil, že klienti, kteří úspěšně absolvovali celý pobyt v TK Mýto, hodnotí z hlediska sociálního fungování pobyt jako přínosný a tím byla předpokládaná hypotéza potvrzena.

3.6 Diskuse

Literatura, zabývající se schizofrenií uvádí, že následky nemoci jsou například selhávání v každodenních činnostech a běžných situacích. Problémy nastávají také v kontaktu s jinými lidmi. Člověk trpící schizofrenií není schopen naplánovat si den a řešit malé či větší problémy.⁷⁴

I když je náš soubor malý na to, aby šlo vyvozovat obecné závěry, podobné závěry, které uvádí odborná literatura, ukazuje také náš průzkum. Uvedu některé příklady:

Co se každodenních činností týká, vykonávat činnosti spojené s péčí o domácnost byla před pobytem v TK Mýto bez problému schopna pouze jedna čtvrtina respondentů. Kontaktům s jinými lidmi se vyhýbala polovina klientů. Naplánovat

⁷⁴ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 16.

si den nebyla schopna ani čtvrtina respondentů. Respondenti selhávali také ve vyřizování běžných záležitostí, jako je například komunikace s úřady apod.

Porovnám-li pak cíl Terapeutické komunity Mýto, kterým je zejména obnovit sociální dovednosti⁷⁵, s průzkumem, musím konstatovat, že u klientů, kteří absolvují celý pobyt v TK Mýto, dochází k obnově sociálních dovedností a klient je směřován k postupnému začlenění do normálního života. Toto tvrzení je podloženo výsledky dotazníkového šetření.

Činnosti spojené s péčí o domácnost byla před pobytem v TK Mýto schopna vykonávat pouze jedna čtvrtina respondentů, po pobytu v TK Mýto tuto činnost bez problému zvládají všichni respondenti. Kontaktům s jinými lidmi se vyhýbala polovina respondentů, nyní nikdo z respondentů neuvádí, že by se kontaktům vyhýbal. Vůbec si den naplánovat nebylo schopno ani 20 % respondentů a nyní je schopno den si plánovat 75 % respondentů.

⁷⁵ Česká asociace pro psychické zdraví o. s. [on line]. [cit. 25. 8. 2012]. Dostupné na WWW <http://www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto>.

Závěr

Bakalářská práce zaměřená na Terapeutickou komunitu Mýto a její vliv na sociální fungování klientů s duševním onemocněním, zejména schizofrenií měla za cíl zjistit, zda pobytem v TK Mýto došlo u klientů k žádoucím změnám v oblastech sociálního fungování.

V teoretické části jsem se věnoval projevům schizofrenie, příčinám vzniku či typům schizofrenie. Dále jsem se v této části práce věnoval principům terapeutické komunity jako takové a zmiňuji také účinné prvky psychoterapie, které považuji za neopomenutelné, protože jsou hlavními nositeli žádoucích změn klienta v komunitě. Popsal jsem také fungování TK Mýto a přiblížil jednotlivé oblasti sociální rehabilitace a rehabilitaci pracovní. Tyto oblasti rehabilitace v TK Mýto doplňují poznatky odborné literatury se snahou podložit smysl jednotlivých oblastí rehabilitace. Neopomněl jsem zmínit důležitost a principy komunitních setkání či uvést význam fází pobytu. Zároveň se domnívám, že za uvedení by určitě stálo třeba popsat rituály komunity či se věnovat některým oddílům více. Bylo ale nutné upřednostnit věci podstatnější před méně podstatnými a vytvořit logický celek.

Cílem praktické části bylo porovnat a vyhodnotit názory a stanoviska klientů z oblasti sociálního fungování před nástupem pobytu v TK Mýto a po opuštění TK Mýto.

Porovnání jednotlivých oblastí u klientů, kteří absolvovali celý pobyt v TK Mýto, prokázalo, že díky pobytu došlo u klientů k žádoucím změnám v oblasti bydlení, sociální, pracovní, zdravotní i v oblasti volného času. Tím došlo k celkově lepšímu sociálnímu fungování klientů. Výsledky průzkumu korespondují i s cílem TK Mýto, kterým je pomoci lidem s duševním onemocněním, zejména schizofrenií, obnovit sociální dovednosti, které z důvodu nemoci ztratili, a připravit klienty k postupnému začleňování do tzv. normální společnosti.

Porovnáním a vyhodnocením výsledků šetření byl prokázán pozitivní vliv na klienty, kteří úspěšně absolvovali celý pobyt v TK Mýto, a také byl naplněn cíl této

práce. Toto tvrzení nejlépe podtrhují odpovědi na dvě otázky dotazníkového šetření, kde na první z nich všichni dotazovaní klienti odpovídají, že jim pobyt v TK Mýto pomohl v zařazení do běžného života (běžné společnosti). Druhá z těchto otázek pak zjišťovala, co dalšího se pobytem v TK Mýto změnilo. A vybrané odpovědi na otevřenou otázku jsou více než vypovídající: „Zapojení do kolektivu přibližně stejně starých lidí“, „Uvědomění si svého sebevědomí“, „Mám lepší vztahy s matkou“ či „Výrazné zlepšení v komunikaci a ujištění se ve vlastních názorech“. Pozitivně lze hodnotit také zjištění, že pouze u jednoho klienta z osmi došlo po opuštění TK Mýto k relapsu.

Zejména v poslední době je velmi aktuální téma reformy psychiatrické péče. Hovoří se o nutnosti reformovat psychiatrickou péči a přesunout pacienty zdravotnických zařízení do zařízení komunitního typu. Není TK Mýto průkopníkem této reformy? Přestože je úspěšných klientů z TK Mýto vzhledem k celkovému počtu klientů, kteří pobyt nastoupili jen zlomek, kladu si otázku, zda by nebyly poznatky a praxe z TK Mýto v kontextu reformy psychiatrické péče užitečné i pro vznik dalších zařízení s podobným zaměřením. Není potřebné, když společnost svým tlakem na člověka „produkuje“ stále více osob s duševními problémy intenzivněji hledat podstatu a řešení této situace?

Myslím si, že je čas, aby odborná i širší veřejnost hledala odpovědi na tyto a další otázky s tématem spojenými. Čím dříve nalezneme odpovědi, na jejichž základě budeme konat, tím dříve to může pomoci nejen osobám se schizofrenií, ale celé naší lidské společnosti.

Seznam použitých zdrojů:

Monografické publikace

1. HOSKOVCOVÁ, S. *Psychosociální intervence*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.
2. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006. brožura. ISBN neuvedeno
3. KALINA, K. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.
4. KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia Praha, 1979. ISBN neuvedeno.
5. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5.
6. MAHROVÁ, M.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
7. MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.
8. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
9. MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. (eds.) *Sociální práce v praxi*. 2. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
10. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
11. PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
12. RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. 4. vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.
13. RICHTEROVÁ, L.; TRNKA V.; HOLUB, V.; MEČÍŘ, J. *Psychopatologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1969. ISBN neuvedeno.
14. RABOCH, J. a kol. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, s. r.o. ISBN 978-80-87553-27-5.
15. TÝM TK MÝTO, *Režim dne*, Mýto, 2012, nepublikovaný text.

16. TÝM TK MÝTO, *Klienti TK Mýto*, Mýto, 2012, nepublikovaný text.
17. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Elektronické zdroje

18. *Česká asociace pro psychické zdraví o. s.* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 25. 8. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto>>.
19. *Česká asociace pro psychické zdraví o. s.* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 4. 7. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.capz.cz/terapeuticka-komunita-myto>>.
20. *Terapeutická komunita Mýto: Historie* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 2. 10. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.komunitamyto.cz/historie>>.
21. *Terapeutická komunita Mýto: Přijetí klienta* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 17. 8. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.komunitamyto.cz/prijetiklienta>>
22. *Terapeutická komunita Mýto: Jak to u nás chodí* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 17. 8. 2012]. Dostupné na WWW: <http://www.komunitamyto.cz/jaktochodi#zakladni_pravidla>.
23. *Terapeutická komunita Mýto: Fáze pobytu* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 12. 9. 2012] Dostupné na WWW: <<http://www.komunitamyto.cz/jaktochodi>>.
24. *Česká asociace pro psychické zdraví o. s.: Pracovní a sociální rehabilitace klientů Terapeutické komunity Mýto* [on line]. Praha: ČAPZ [cit. 17. 8. 2012]. Dostupné na WWW: <<http://www.capz.cz/integrace-klientu-tk>>.

Použité platné zákony a ostatní právní normy

25. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1. 8. 2012.
26. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 19. 9. 2012.

Seznam příloh

Příloha č. I. Režim dne

Příloha č. II. Dotazník

Příloha č. III. Klienti TK Mýto (1. 5. 2010-30. 8. 2012)

Příloha č. I. – Režim dne (platný ke dni 30. 8. 2012)

REŽIM DNE	
DOPOLEDNÍ A VEČERNÍ PROGRAM - VŠEDNÍ DNY	
7.30	budíček
7.45-8.00	rozcvička
8.00-8.30	snídaně + ranní léky
8.30-9.30	ranní komunita
9.30-12.30	pracovní činnost, 2 x přestávka 10.25-10.30, 11.25-11.35
12.30-12.45	oběd
12.45-14.00	odpočinek
14.00-16.00	odpolední program
18.00-18.30	večeře + večerní léky
18.30-19.30	večerní komunita
od 19.30	psaní deníku
22.00-7.30	noční klid
ODPOLEDNÍ PROGRAM - VŠEDNÍ DNY (14.00–16.00)	
pondělí	sportovní odpoledne
úterý	hodnotící skupina 1x za 14 dní, jinak pracovní činnost
středa	pracovní činnost (keramika, korálky), 16.15 – 17.15 životopisná skupina (dle potřeby)
čtvrtek	pracovní činnost, 1 x měsíc velká komunita
pátek	tematická skupina (psychoedukace, otázky kolem užívání drog atd.)
SOBOTA A NEDĚLE	
sobota	vždy společný celodenní program výlet, kulturní akce apod., časy se uzpůsobují
neděle	tzv. "day off" - den určený k odpočinku, náplň může být individuální či společná, není ranní komunita
9.00-9.30	snídaně + ranní léky
9.30-10.00	ranní komunita (pouze v So)
12.30-12.45	oběd
18.00-18.30	večeře
19.30-20.30	večerní komunita
od 20.30	psaní deníku
22.00-7.30	noční klid

Příloha č. II. - Dotazník

Vážení absolventi pobytu v Terapeutické komunitě Mýto (dále jen TK Mýto).

Jmenuji se Jindřich Houška a jsem studentem 4. ročníku Jihočeské univerzity, Teologické fakulty. Obracím se na vás s žádostí o spolupráci při průzkumu k mé bakalářské práci a prosím vás o vyplnění přiloženého dotazníku. Dotazník je anonymní a bude použit pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Ke každé otázce přiřadte pouze jednu odpověď, a to tu, která vám nejlépe vyhovuje. Zakroužkováním velkého písmena u dané možnosti provedete výběr možnosti. U otevřených otázek (tam, kde sami dopisujete možnost) prosím odpovězte co nejstručněji. **Obdobím, před pobytem v TK Mýto, je v každé otázce myšleno období bezprostředně před nástupem pobytu v TK Mýto.**

Děkuji

1. Věk: A/ 18-25let B/ 26-35let C/ 36-45let

2. Pohlaví: A/ muž B/ žena

3. Vzdělání: A/ základní
 B/ středoškolské bez maturity
 C/ středoškolské s maturitou
 D/ vysokoškolské

4. Samostatné bydlení

Před pobytem v TK Mýto jsem:

- A/ bydlel(a) v samostatném bydlení /pronájem, podnájem, vlastní byt/
- B/ byl(a) v chráněném bydlení
- C/ bydlel(a) u rodičů
- D/ byl(a) v psychiatrické léčebně
- E/ byl(a) jinde, kde?.....

Nyní

- A/ bydlím v samostatném bydlení /pronájem, podnájem, vlastní byt/
- B/ bydlím v chráněném bydlení
- C/ bydlím u rodičů
- D/ jsem v psychiatrické léčebně

E/ bydlím jinde, kde?.....

5. Schopnost vykonávat činnosti spojené s domácností

Činnosti spojené s domácností (zejména vaření a úklid) jsem **před** pobytem v TK Mýto:

- A/ zvládal(a) bez problémů
- B/ zvládal(a) částečně
- C/ nezvládal(a) vůbec

Nyní tyto činnosti:

- A/ zvládám bez problému
- B/ zvládám částečně
- C/ nezvládám vůbec

Oblast sociální

6. Vztahy s nejbližší rodinou

Své vztahy s nejbližší rodinou (bratr, sestra, otec, matka) **před** pobytem v TK Mýto bych popsal (a) jako:

- A/ dobré
- B/ spíše dobré
- C/ spíše špatné
- D/ špatné

Nyní bych tyto vztahy popsal jako

- A/ dobré
- B/ spíše dobré
- C/ spíše špatné
- D/ špatné

7. Vztahy se širším okolím

Své vztahy se širším okolím (kamarádi, spolužáci, kolegové) **před** pobytem v TK Mýto hodnotím jako:

- A/ výborné
- B/ dobré
- C/ špatné

Nyní tyto vztahy hodnotím jako

- A/ výborné

- B/ dobré
- C/ špatné

8. Samostatnost v osobních záležitostech

Osobní záležitosti jako je komunikace s úřady, poštou, bankou apod. jsem **před** pobytem v TK Mýto byl(a) schopen (schopna):

- A/ řešit samostatně s minimální pomocí druhých
- B/ řešit samostatně jen částečně, často jsem byl(a) odkázán(a) na druhé
- C/ nebyl(a) schopen (schopna) řešit samostatně a byl(a) jsem odkázán(a) na druhé

Nyní osobní záležitosti jako je komunikace s úřady, poštou, bankou jsem schopen (schopna):

- A/ řešit samostatně s minimální pomocí druhých
- B/ samostatně řešit jen částečně, často jsem odkázán na druhé
- C/ nejsem schopen (schopna) řešit samostatně a jsem odkázán (a) na druhé

9. Kontakty s jinými lidmi.

Kontakty s jinými lidmi **před**, pobytem v TK Mýto, bych popsal(a) jako:

- A/ bezproblémové
- B/ dělaly mi občas problém
- C/ kontaktům jsem se vyhýbal

Nyní jsou tyto kontakty

- A/ bezproblémové
- B/ dělají mi občas problém
- C/ kontaktům se vyhýbám

Oblast pracovní

10. Schopnost pracovat

Před pobytem v TK Mýto jsem:

- A/ nepracoval(a) a pracovat jsem nechtěl(a)
- B/ nepracoval(a), zdravotní stav mi to nedovoloval
- C/ pracoval(a) na normálním pracovním místě
- D/ pracoval(a) na chráněném pracovním místě
- E/ studoval

Pokud jste označil (a) možnosti C nebo D, jaký byl váš pracovní úvazek?

- A/ částečný
- B/ plný

Nyní

- A/ nepracuji a pracovat nechci
- B/ nepracuji, zdravotní stav mi to nedovoluje
- C/ pracuji na normálním pracovním místě
- D/ pracuji na chráněném pracovním místě
- E/ studuji

Pokud jste označil (a) možnosti C nebo D, jaký je váš pracovní úvazek?

- A/ částečný
- B/ plný

11. Schopnost hospodařit s finančními prostředky

S finančními prostředky **před** pobytem v TK Mýto jsem hospodařil (a):

- A/ bez problému
- B/ občas jsem s tím měl problém
- C/ neustále jsem s tím měl problém

Nyní s finančními prostředky hospodařím:

- A/ bez problému
- B/ občas s tím mám problém
- C/ neustále s tím mám problém

Oblast zdraví

12. Schopnost samostatně užívat léky

Užívání léků **před** pobytem v TK Mýto hodnotím takto:

- A/ léky jsem užíval(a) vždy pravidelně dle instrukcí svého psychiatra
- B/ léky jsem užíval(a) nepravidelně
- C/ léky jsem neužíval(a), i když jsem je užívat měl(a)
- D/ léky jsem neužíval(a), nebyly mi indikovány

Nyní

- A/ léky užívám vždy pravidelně dle instrukcí svého psychiatra
- B/ léky užívám nepravidelně
- C/ léky neužívám, i když je užívat mám
- D/ léky už neužívám

13. Schopnost rozpoznat příznaky nemoci

Když se u mne objevily akutní příznaky nemoci /relapsu/ **před** pobytem TK Mýto:

- A/ poznal(a) jsem to a hned jsem to řešil(a) vyhledáním odborníka
- B/ poznal(a) jsem to, ale neřešil(a) jsem to
- C/ nepoznal(a) jsem to

Myslím si, že kdyby se akutní příznaky nemoci /relapsu/ objevily **nyní**, tak bych:

- A/ to poznal(a) a hned bych to řešil(a) vyhledáním odborníka
- B/ poznal(a) bych to, ale neřešil(a) bych to
- C/ asi bych to nepoznal(a)

Volný čas

14. Schopnost plánovat den

Před nástupem do TK Mýto, jsem svůj den:

- A/ byl schopen/schopna plánovat a smysluplně využívat
- B/ byl schopen/schopna plánovat jen částečně, často můj den byl bez řádu
- C/ vůbec jsem nebyl(a) schopen/schopna den plánovat

Nyní svůj den

- A/ jsem schopen/schopna plánovat
- B/ jsem schopen/schopna plánovat jen částečně, často můj den je bez řádu
- C/ vůbec nejsem schopen/schopna den plánovat

15. Využití volného času

Před nástupem do TK Mýto, jsem volný čas (různé koníčky, sport, kultura apod.)

- A/ smysluplně využíval(a)
- B/ smysluplně využíval(a) jen někdy
- C/ smysluplně nevyužíval(a)

Nyní volný čas (různé koníčky, sport, kultura apod.)

- A/ smysluplně využívám
- B/ smysluplně využívám jen někdy
- C/ smysluplně nevyžívám

16. Další změny absolvováním pobytu v TK Mýto

Co dalšího se u vás změnilo absolvováním pobytu v TK Mýto? (doplňte)

A/.....

.....

.....

B/.....

.....

.....

C/.....

.....

.....

D/ nic dalšího se nezměnilo

Celkové hodnocení pobytu

17. Očekávání od pobytu v TK Mýto

Naplnil pobyt v TK Mýto má očekávání?

- A/ naplnil
- B/ naplnil částečně
- C/ nenaplnil

18. Zařazení do běžného života (běžné společnosti)

Pobyt v TK Mýto:

- A/ mi pomohl k zařazení do běžného života
- B/ mi nepomohl k zařazení do běžného života

19. Remise nebo relaps

V období po opuštění TK Mýto doposud :

- A/ u mě došlo k relapsu (znovuvzplanutí nemoci)
- B/ u mě nedošlo k relapsu

Příloha č. III. – Klienti TK Mýto (1. 5. 2010-30. 8. 2012) - platná ke dni 30. 8. 2012

KLIENTI TK MÝTO (1. 5. 2010-30. 8. 2012)					
	nastoupilo klientů	z toho MUŽŮ	z toho ŽEN	dokončilo úspěšně pobyt	nedokončilo celý pobyt
2010 /1.5 - 30.12.2010/	21	17	4	0	11
2011 /1.1. - 30.12.2011/	20	13	7	4	20
2012 /1.1. - 30.08.2012/	13	8	5	4	7
CELKEM	54	38	16	8	38
z toho druhý pobyt	4			Nyní v TK Mýto	8
DOKONČILO ÚSPĚŠNĚ POBYT					
pobyt dokončilo mužů	5				
pobyt dokončilo žen	3				
DOKONČILO ÚSPĚŠNĚ POBYT CELKEM	8	SOUBOR K PRŮZKUMU			

důvody nedokončení pobytu			
dekompenzace	porušování kardinálních pravidel	odešli sami	nevhodná služba
10	10	14	1

Abstrakt

HOUŠKA, J. *Terapeutická komunita Mýto a její vliv na sociální fungování klientů s duševním onemocněním, zejména schizofrenií*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Oddělení praxe. Vedoucí práce Mgr. Helena Machulová.

Bakalářská práce se zabývá vlivem Terapeutické komunity Mýto (dále jen TK Mýto) na sociální fungování osob s duševním onemocněním, zejména schizofrenií. V teoretické části je popsáno onemocnění schizofrenie, příčiny jeho vzniku, projevy či popis jednotlivých typů. Je zde také popsán princip Terapeutické komunity obecně, jako je její legislativní rámec a hlavní principy. Konkrétně je zde popsána TK Mýto a její fungování.

Cílem práce je porovnat a vyhodnotit názory a stanoviska klientů před a po pobytu v TK Mýto a jejich vyhodnocením zjistit, zda u klientů došlo ke změnám v oblasti sociálního fungování. Od cíle se odvíjí část praktická, která vyhodnocuje názory a stanoviska klientů, kteří úspěšně absolvovali celý pobyt v TK Mýto. Hodnocení sociálního fungování proběhlo v oblasti bydlení, sociální, zdravotní, oblasti volného času a klienti hodnotili pobyt v TK Mýto i celkově.

Porovnáním názorů a stanovisek klientů, před a po pobytu v TK Mýto, práce konstatuje, že pobyt v TK Mýto má pozitivní vliv na sociální fungování klientů, kteří absolvovali celý pobyt.

Klíčová slova: schizofrenie, psychóza, terapeutická komunita, sociální fungování, sociální rehabilitace, komunitní setkání

Abstract

HOUŠKA, J. *Therapeutic community Mýto and its influence on social functioning of clients suffering from mental illnesses, particularly schizophrenia*. České Budějovice, 2013. Bachelor Thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Practice. Thesis supervisor Mgr. Helena Machulová.

Bachelor thesis focuses at influence of Therapeutic community Mýto (hereinafter referred to as TK Mýto) on social functioning of clients suffering from mental illnesses, particularly schizophrenia. In its theoretical part the disease schizophrenia is described as well as the cause of the disease, its symptoms and its different types. It also includes description of general functional principles of the therapeutic community, the respective legislative scope and main features. Then the actual depiction of the TK Mýto is presented.

The objective of this Bachelor thesis is to compare and evaluate the opinions and attitudes of clients before and after their residence in TK Mýto and with help of this evaluation to find out whether there was any impact in the sphere of social functioning.

The objective creates a framework for the practical part of this thesis. It deals with evaluation of opinions and attitudes of clients who successfully completed the whole residence in TK Mýto. Evaluation of social functioning was carried out, particularly in the sphere of housing, in social and health sphere as well as regarding leisure time activities. The clients also did an overall evaluation of their residence in TK Mýto.

By the comparism of opinions and attitudes of clients, before and after their residence in TK Mýto, thesis pronounce, that the residence in TK Mýto have positive influence for social functioning of clients, who successfully completed the whole residence.

Key words: schizophrenia, psychosis, therapeutic community, social functioning, social rehabilitation, community meeting