

# **Aktivizace osob s duševním onemocněním se zaměřením na schizofrenii**

Martina Mara Žielinská

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Mara ŽIELINSKÁ**  
Osobní číslo: **H07555**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Aktivizace osob s duševním onemocněním se zaměřením na schizofrenii**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury: níže uvedený seznam .**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti: psychiatrie, duševní onemocnění, schizofrenní poruchy, vymezení pojmů stigma, aktivizace, artefiletika a arteterapie, aspekty tvořivosti.**

**Příprava metodiky výzkumné části: kriteria pro výběr základního souboru.**

**Realizace kvalitativního výzkumu: sběr dat z pozorování.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace: obsahová analýza dat, otevřené kódování dat, triangulace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi: Stanovení premis vyjadřujících vztah aktivizace, schizofrenního onemocnění a charakteristik osob s duševním onemocněním.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČEŠKOVÁ E. Schizofrenie a její léčba. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1

FOUCAULT M., Psychologie a duševní nemoc. Praha :Dauphin, 2000. ISBN 80-86019-30-6

ČERNOUŠEK, Michal. Šílenství v zrcadle dějin. Praha : Grada, 1994. ISBN 8071690864.

MAHROVÁ G.,VENGLÁŘOVÁ M A KOLEKTIV., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Garda, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5

CAMPBELLOVÁ J. Techniky arteterapie ve výchově,sociální práci a klinické praxi. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-428-1

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mariana Bažantová**

Datum zadání bakalářské práce: **25. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2011**

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 3. 5. 2011

.....  


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce „Aktivizace osob s duševním onemocněním se zaměřením na schizofrenii“ pojednává o duševním onemocnění a o aktivizaci osob se schizofrenním onemocněním. Cíl práce má odhalit význam aktivizace. Teoretická část rozebírá historický i současný pohled společnosti na duševní onemocnění, předkládá mýty o schizofrenii a skutečnost schizofrenního onemocnění. V souvislosti s tím definuje pojmy stigma, schizofrenie a aktivizace a přibližuje aktivizaci jako sociální službu a terapii. Praktická část vychází z kvalitativního výzkumu, hlavní metodou sběru dat je dotazník vyhodnocením dat je otevřené kódování a axiální model s využitím triangulace. Získaná data jsou prezentována postupem zakotvené teorie.

Klíčová slova: duševní onemocnění, stigmatizace, schizofrenie, aktivizace, kvalitativní výzkum, triangulace.

## **ABSTRACT**

Diploma theses „activation of people with mental disorder focused on schizophrenia“ deals with mental disorder and activation of people with schizophrenic disorder. Target of the thesis is to identify a significance of activation. Theoretical part analyse historical and present social view on mental disorder, submits the myths about schizophrenia and the reality of schizophrenic disorder. In connection with this defines terms of stigma, schizophrenia and activation and approaches activation as a social service and therapy. Practical part comes out from qualitative research, main method of data collection is question-form, data evaluation is open coding and axial model with usage of triangulation. Gained data are presented in the line with grounded theory.

Keywords: mental disorder, stigmatization, schizophrenia, activation, qualitative research, triangulation

poděkování:

Děkuji především PhDr. Marijance Bažantové, Ph.D., za vedení mé bakalářské práce a pomoc při jejím zpracování. Také děkuji všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu a spolupráci.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>11</b>
1.1 DĚJINY DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	11
1.2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ Z POHLEDU SOUČASNOSTI .....	13
<b>2 STIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH.....</b>	<b>15</b>
2.1 PŮVOD SLOVA STIGMA.....	15
2.2 ZDROJE STIGMATU.....	15
2.3 DŮSLEDKY STIGMATU .....	16
<b>3 SCHIZOFRENIE.....</b>	<b>17</b>
3.1 SCHIZOFRENIE JAKO PARADIGMA DUŠEVNÍ NEMOCI.....	17
3.2 MÝTY O SCHIZOFRENII.....	17
3.3 DEFINICE SCHIZOFRENIE.....	18
3.3.1 Klinický obraz.....	19
3.3.2 Klinické formy schizofrenie.....	21
3.3.3 Prognóza.....	22
<b>4 AKTIVIZACE.....</b>	<b>24</b>
4.1 AKTIVIZACE JAKO SOCIÁLNÍ SLUŽBA.....	24
4.2 AKTIVIZACE JAKO TERAPIE.....	25
4.2.1 Arteterapie.....	25
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>26</b>
<b>5 AKTIVIZAČNÍ PROGRAMY.....</b>	<b>27</b>
5.1 NABÍDKA DLOUHODOBÝCH STRUKTUROVANÝCH PROGRAMŮ .....	27
5.2 NABÍDKA NÍZKOPRAHOVÝCH PROGRAMŮ .....	30
<b>6 METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>32</b>
6.1 CÍL VÝZKUMU.....	32
6.2 VYMEZENÍ VÝZKUMU.....	32
6.3 METODY SBĚRU DAT.....	32
6.4 VÝBĚR VZORKU.....	33
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>40</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>41</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>42</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>43</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>44</b>



## ÚVOD

Duševní onemocnění je stále ve velké míře společností vnímáno jako tabu, skrývající nebezpečí z neznámého. Bohužel i přes současnou snahu o integraci lidí s duševním onemocněním do společnosti, jsou tito lidé konfrontováni se strachem a předsudky, které mnohdy plynou z nepochopení podstaty duševního onemocnění. Důsledkem toho je stigma, které si takto postižený člověk nese často po zbytek života, a které vede k jeho vyloučení ze společnosti.

Výběr tématu bakalářské práce „Aktivizace osob s duševním onemocněním se zaměřením na schizofrenii“ ovlivnila skutečnost, že jsem pracovala v centru psychosociální rehabilitace jako aktivizační pracovník s klienty s duševním onemocněním. Aktivizace je proces jehož výsledkem je integrace člověka s duševním onemocněním do společnosti. Důležitou úlohu v tomto procesu hraje spolupráce klienta. Proto jsem se rozhodla prozkoumat, jak aktivizaci vnímají samotní klienti a jaké jsou jejich cíle. Za cíl bakalářské práce považuji odhalit význam aktivizace v životě osob s duševním onemocněním.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí teoretické a praktické. V teoretické části vycházím z historického a současného pohledu společnosti na problematiku duševního onemocnění, představuji schizofrenní onemocnění a zmiňuji mýty, které se k duševnímu onemocnění vážou. V praktické části popisuji jednotlivé aktivizační programy a prostřednictvím kvalitativního šetření se snažím odpovědět na výzkumnou otázku: Jaké jsou cíle spolupráce v aktivizačních programech? Jako techniku sběru dat jsem zvolila dotazník, získaná data jsou analyzována a interpretována metodou zakotvené teorie.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

### 1.1 Dějiny duševního onemocnění

Dle G. Mora ( in Černoušek, 1994) se abnormální lidé vymykající se společnosti vyskytují od nepaměti. Duševní onemocnění má však svou realitu a platnost jako onemocnění jen pokud jej daná kultura tak nazírá a uznává. Lidé, žijící ve společnosti, kde např. rozmlouvání se zesnulými patří k běžným praktikám, nebudou při takovéto konverzaci hodnoceni stejně, jako člověk žijící v zemi s jinou kulturní tradicí.

Dle Foucaulta (2000) byl duševně nemocný člověk, až do příchodu pozitivistického lékařství, pokládán za „posedlého“. Statut „posedlosti“ pak souvisí s dějinami náboženského myšlení. Do 19. Století se medicína setkala s problémem posedlosti dvakrát. Poprvé (od r. 1560 – 1640), kdy měli lékaři dokázat, že všechny d'ábelské smlouvy a rity je možno vysvětlit na základě sil rozrušené fantazie. Podruhé v letech 1680 až 1740 „*kdy se církevní autority obrátily na lékaře, aby dokázaly, že všechny jevy extáze, inspirace, věšteství pocházejí (u kacířů) z prudkých hnutí mysli a ducha.*“ (Foucault, 2000, str.82)

*„ Čarodějnické procesy nebyly jediným definitivním korektivem duševní nemoci – vedle inkvizičních procesů, jejichž oběti nebyli pokaždé jen psychotičtí jedinci, vládla i relativně velká svoboda šílenců. Putování bláznů ke sv. Dafné do Ghéelu nebo lodě bláznů svobodně proplovající propletením vodních cest tomu nasvědčují. Nezapomínejme také na skvostná renazanční díla o šílenství a duševní nemoci, dokumentující vedle domělého řádění inkvizitorů alternativní společenský postoj k bláznům a lidem vyšinutým“* (Černoušek, 1994, str. 24)

V 17. Století vznikaly ve Francii velké internační budovy –špitály, ve kterých byla pod jednou střechou uvězněována společenská chudina, povaleči trestanci a blázni. Funkce těchto všeobecných špitálů nemá však nic společného s myšlenkou léčby. Je to instituce pořádková jakási polosoudní struktura. Dříve než internace nabyla léčebného smyslu, jaký má nebo jaký jí alespoň rádi přičítáme dnes, sledovala něco zcela jiného než léčbu. Vynutil si ji imperativ práce. Smysl internace, alespoň zpočátku, je po celé Evropě týž, je to jedna z odpovědí jimž 17. Století reaguje na ekonomickou krizi, zasahující v té době celou Západní Evropu. V dobách nekrizových už nejde o to, zavírat nepracující, ale donutit zavřené k práci, aby sloužili všeobecnému prospěchu. Systém střídání je jasný v dobách plné zaměstnanosti a vysokých mezd laciná pracovní síla a v období nezaměstnanosti vstřebání zahalečů a ochrana společnosti před neklidem a bouřemi. Internace je vynález 17. Století. Jako ekonomické opatření a sociální pojistka má hodnotu objevu.

V 18. Století je šílenství spojováno s animalitou. Zuřící pomatené ženy jsou připoutány ke dveřím svých cel jako psy a od stráží a návštěvníků je dělí dlouhá chodba chráněná železnou mříží skrze mříž se jim podává jídlo a sláma, na níž spí, nečistota kolem nich se částečně odstraňuje hráběmi. Rozpoutanou animalitu lze zvládnout jen drezúrou a oblbemím. Osmnácté století ve svých občasných pedagogických pokusech na šílencích vskutku téma blázen – zvíře takto realizovalo.

Na začátku 19. Století vzbouzí pohoršení, že se s bláznou nezachází o nic lépe než s odsouzení podle občanského práva nebo s podvracečí státu, kdežto po celé 18. Století se zdůrazňovalo, že si vězňové zaslouží lepší osud, než a by byli směřováni s bláznou. V období 19. Století se objevují dvě významné osobnosti, které se významně zapřičiní o vysvobození bláznů a vznik Azylu – Samuel Tuke a Phillipe Pinel.

Philippe Pinel studoval lékařství a přírodní vědy. V roce 1793 byl pověřen Národním konventem provést reformu péče o duševně choré. Tak se stal Pinel zakladatelem psychiatrie jako speciálního lékařského oboru. Podmínky v nichž duševně nemocní žili, byly hrozné. Byli umístěni ve sklepních místnostech, na slámě, ve špíně, měli nedostatečnou a nepravdělnou stravu a měli pouta na ruku. V jiných zemích například v Čechách v Praze u milosrdných bratří nebyl stav péče o nemocné o mnoho lepší. Úmrtnost v zařízeních pro duševně choré byla obrovská.

Pinel dal okamžitě duševně chorým sejmout pouta. Pacienty, kteří tam byli bezdůvodně dal propustit. Začal se starat o lepší hygienu prostředí i lepší stravu. Léčebné metody, ale i svoji vědeckou klasifikaci psychóz uveřejnil Pinel ve svých dílech. Pinel předešel svou dobu zaváděl léčbu prací, používal psychoterapie, dokonce i první varianty psychodramatu.

Samuel Tuke stojí při zrodu azylu, který má na rozdíl od internačních zařízení, vytvořit kolem šílenství prostředí komunity stojící na mravních a náboženských základech. Fyzický nátlak, jako jeden z donucovacích prostředků v internačních zařízeních je v azylu vystřídán prací, která v mravní výchově stojí na prvním místě.

*„Ještě účinnější než práce je pohled těch druhých takzvaná, řečeno s Tukem – potřeba úcty. Pohled, který nastoluje Tuke jako jednu z hlavních složek azylového života, je hlubší a zároveň méně reciproční. Šílenství existuje jen do té míry nakolik je vidět.“ ( Foucault)*

Na pomatené je pohlíženo jako na děti s přebytkem síly, kterou užívají nebezpečným způsobem.

*„ Před zákonem platí pomatení za nedospělé už dávno, to šlo ale jen o právní situaci, abstraktně definovanou zákonem a kuratelou, netýkalo se to konkrétního vztahu člověka*

*k danému člověku. U Tukea se stav nedospělosti stává pro pomatené životním stylem a pro dozorce určitou formou svrchovanosti.“*

Toto soužití pomatených a dozorců mělo působit „jako velká rodina“. Pro Tukea je rodina nositelkou prvotních, sociálním tlakem nezkompromitovaných hodnot.

Dle Černouška (1994) existuje v historii psychiatrie a pohledu na duševní onemocnění pět bodů obratu:

1. **Renesanční výklad šílenství**
2. **Čas zrození azylů**
3. **Vznik psychoanalýzy**
4. **Vznik hnutí mentální hygieny**
5. **Začátek éry psychofarmakologie**

## **1.2 Duševní onemocnění z pohledu současnosti**

Od vzniku prvních internačních zařízení uběhlo přes dvě stě let. Pokrok, který zaznamenal obor psychiatrie je veliký, nicméně lidé trpící duševní nemocí zůstávají stále poznamenáni. Pohled společnosti na ně se mění jen velmi pomalu. Problémy, týkající se duševního zdraví jsou stále tabuizovány a integrace lidí do běžné společnosti obtížná.

V posledních letech se i u nás rozvíjí formy komunitní léčby duševně nemocných. Prioritou komunitní péče je právě integrace handicapovaných občanů zpět do společnosti, minimalizace hospitalizací a zkracování doby hospitalizace na dobu nezbytně nutnou. Komunitní péče slouží jako následná péče o pacienta po propuštění z lůžkového zařízení, zejména u dlouhodobých stavů onemocnění, kde je zapotřebí propojit péči sociální a zdravotní.

Jedním z prvních představitelů komunitní péče u nás je občanské sdružení Fokus, které zahrnuje komplex služeb, jako jsou chráněné dílny, chráněné bydlení, denní centra, zdravotní a terapeutické služby, které mohou lidé s duševním onemocněním využívat.

*„Komunitní práce si klade za cíl monitorovat pohyb klienta sociálně zdravotními službami ve městě a využívá systém klíčových pracovníků a plánů péče. Pracuje s celým socio-zdravotním zázemím klienta, eliminuje sekundární deviace, které jsou od pohledu společnosti na klienta. Úspěšnost terapie je postavena na včasné práci se „zbytkovým potenciálem“ klienta minimalizováním toho, co způsobuje chronifikaci nemoci.“* (Fokus)

Komunitní péče slouží pro lidi s duševním onemocněním jako přechodník mezi ústavní léčbou a zařazením do běžného života. Bohužel i přes současnou snahu o integraci lidí s duševním onemocněním do společnosti, jsou tito lidé stále konfrontováni se strachem a předsudky, které mnohdy plynou z nepochopení podstaty duševního onemocnění. Důsledkem toho je stigma, které si takto postižený člověk nese často po zbytek života, a které často vede k jeho vyloučení ze společnosti.

## 2 STIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

### 2.1 Původ slova stigma

Libinger (2002) definuje slovo stigma jako znak nebo stopu, nesoucí nějaké svědectví. V antickém Řecku se jím označoval cejch vypalovaný otrokům, později bylo slovo stigma spojováno s dvěma protichůdnými náboženskými významy. Stigmata mohla být znamením spolu s ďáblem, který je dle středověkého myšlení zanechával na lidech, považujících se za jeho stoupence. Na tato ďáblova znamení v podobě znamének, jizev, bradavic či pih se pak zaměřovali lovci čarodějnic. V jiném případě mohla být stigmata znakem mimořádné svatosti a měla podobu krvácejících ran v místech, kde byl Kristus přibit hřeby na kříž (Kristova stigmata).

*Stigmatizace je procesem, který umožňuje rozpoznání příslušnosti jedinců ke skupině. K té se potom ostatní chovají relativně jednotným, předvídatelným způsobem, který odpovídá předpokládaným skupinovým vlastnostem. Stigma zdůrazňuje skupinovou identitu jedince a oslabuje váhu jeho individuálních vlastností. Vyčleňuje ho do skupiny stejnou charakteristikou postižených jedinců. Někdy ho může i chránit.* (Libinger, 2002: bez stránkování)

stigma není specifické jen pro duševní nemoci. Stigmatizováni byli například pacienti s pohlavními chorobami a tuberkulózou, stigmatem trpí v rozvojovém světě (a kdysi i u nás) nemocní leprou.

### 2.2 Zdroje stigmatu

*„V dějinách sociální diagnóza často nahrazovala diagnózu psychologickou. Společenská reakce na projevy pomatenosti, lunatismu, šílenství, nerozumu spočívá v tom, že příslušná instituce rozhodne a udělí příslušnou nálepkou duševní nemoci, čímž se rozhodne o tom, kdo duševně nemocný je a kdo není. „Duševní nemoc“ může být jednou prohlášena za čarodějnictví, jindy za mozkovou poruchu. Jedno jediné slovo často rozhoduje o diagnostickém závěru, čímž se také naplňuje sociální osud dotyčného.“* (Černoušek, 1994, str. 24)

O negativním dopadu značkování se zmiňuje i Libinger (2002), který tvrdí, že nemocný zpětně interpretuje svůj život podle přiděleného diagnostického závěru, přijímá roli, která je mu společností připsána, a často uzavře cestu pro svůj další vývoj. Jako tři hlavní zdroje stigmatu Libinger uvádí izolaci, ke které nemoc vede, předsudky a postoj odborné veřejnosti.

Bludný kruh izolace má svůj počátek v několikaměsíční hospitalizaci. Ta vede k narušení sociálních vazeb nemocného, kterému pak chybí síla pro jejich obnovení a tím se opět ocitá v sociální izolaci. V důsledku stigmatizace se odcizení se společností dále prohlubuje, až začne být nemocným přijímána jako součást vlastní choroby, i když je důsledkem sociálního mechanismu, který trefně vystihuje tzv. teorie značkování.

Stigma může být také tvořeno předsudky, které vycházejí z obecných stereotypů zmiňujících například nebezpečnost a nepředvídatelnost duševně nemocného. V předsudcích jsou lidé utvrzováni také médii, která často o duševním onemocněním nastavují pokřivený obraz.

*“Skutečnost, že psychóza často vede k velkorysým a obětavým postojům a činům, které však ve zdravém světě platí za naivitu nebo na ně není prostor a čas, se jen málokdy stane předmětem mediálního zájmu.”*(Libinger 2002: nestránkováno)

Zdrojem stigmatu jsou i postoje vycházející z řad lékařů. Rozpoznání hranice mezi normální a duševním onemocněním je v některých případech obtížné a vede k odborným předsudkům a sklouznutím k odborným stereotypům o léčebné neovlivnitelnosti některých psychických onemocnění např. z okruhu psychóz.

*„Při první návštěvě lékař na rodiče zpravidla nemá dostatek času, tak je odkáže, „přijďte za dva, tři dny, uvidíme, vypadá to, že se jedná o akutní psychiatrické onemocnění“. Klidně za tři dny takový frajer psychiatr řekne, „je to schizofrenie“. Říkám tomu maligní informace. Tuhle informaci dostanou rodiče jen tak od mladého, nezkušeného psychiatra, který je sám bezradný a ví jen to, že nejhorší chybou by bylo podcenit diagnózu. Proto vytasí tu nejhorší možnost, je klidný a vůbec nedomýšlí důsledky svého verdiktu,“* (Martin Jarolímek, 2009)

### 2.3 Důsledky stigmatu

Stigma duševního onemocnění znamená pro jeho nositele velké znevýhodnění například v navazování mezilidských vztahů nebo při hledání zaměstnání. U člověka s duševním onemocněním pak dochází ke ztrátě sebevědomí a postupnému sociálnímu stažení. Sociální izolace vede k nepříznivému průběhu onemocnění a zvyšuje pravděpodobnost znovu vzplanutí nemoci. Se stigmatem se často potýká nejen jedinec s duševním onemocněním ale také jeho nejbližší okolí. V rodině takto postiženého člověka dochází k pocitům viny, zmatenosti a strachu z reakce společnosti. Studie Světové zdravotnické organizace zjistila výrazné rozdíly v míře narušení sociální funkce a frekvence hospitalizace v rozvojových zemích, kde jsou postoje společnosti a rodiny k duševnímu onemocněním tolerantnější, lidé jsou méně soutěživí a zaměřeni na výkon.



### 3 SCHIZOFRENIE

#### 3.1 Schizofrenie jako paradigma duševní nemoci

Dle Praška (2001) se se schizofrenií můžeme setkat již v antických textech. Slovo schizofrenie je odvozeno z řečtiny a je složeno ze dvou částí „schizo“ a „phren“, což se mylně vykládá jako „rozštěpení osobnosti“. Název schizofrenie pro duševní onemocnění zavedl psychiatr Eugen Bleuer, jenž chtěl zdůraznit rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním. Termín rozštěp osobnosti není zprávný.

Podle výzkumů je výskyt schizofrenního onemocnění poměrně častý. Onemocní přibližně jeden člověk ze sta. Častost výskytu je stejná jak u mužů tak u žen, rozdíl je pouze v začátku schizofrenního onemocnění. U mužů nemoc nejčastěji propukne mezi 15 až 25 lety a žen nejčastěji mezi 35 až 35 lety. Schizofrenií, stejně jako dalšími psychózami, může onemocnět úplně každý.

#### 3.2 Mýty o schizofrenii

a) Schizofrenie je neléčitelná

Ve společnosti často převládá představa schizofrenie, jako nejhůře léčitelného onemocnění s nevratnými změnami a chronickým průběhem. Přitom jedna třetina lidí se schizofrenním onemocněním prodělá jen jednu ataku za život a poté se již nemoc nevrací. Po akutní atace se mohou lidé vrátit zpět k původnímu způsobu života. Druhá třetina pacientů může prodělavat ataky opakovaně v nepravidelných intervalech střídajících se s fází úzdravy, ve které je pacient adaptován a schopen se zapojit do běžných každodenních činností. U poslední třetiny nemocných má schizofrenie chronický průběh. I v těchto případech může však včasná a komplexní léčba založená na užívání farmak a psychoterapii přispět k zlepšení léčitelnosti onemocnění a zkrácení hospitalizace při náhlém vzplanutí onemocnění na poloviční dobu.

b) Člověk se schizofrenií má nízkou inteligenci

Výsledky studií zaměřených na schizofrenii nepotvrzují, že by lidé s nižší inteligencí onemocněli častěji, u některých nemocných dochází jen ke změně komunikačních dovedností celkovému zpomalení, nemocní se stávají více uzavření, reagují s menší citovou vřelostí. I tyto obtíže mohou být překonány vhodnou terapií. (Praško a spol.,2001)

„Jsou známy případy jedinců, kteří, ač prodělali psychózu, dosáhli mimořádných tvůrčích a pracovních výkonů. Matematik John Nash se po desetiletích opakovaných pobytů v psychiatrických léčebnách pro paranoidní schizofrenii vrátil na matematické oddělení univerzity v Princetonu. Tam publikoval a přednášel. V r. 1994 přednášel při slavnostním zasedání švédského parlamentu, když mu byla udělena Nobelova cena za práce v oboru teorie her.“ (Libinger 2002:bez stránkování)

c) Člověk se schizofrenií je nebezpečný

Člověk procházející akutní fází nemoci, často propadá svým představám, ve kterých se cítí ohrožen, a jeho počínání může vést k agresivitě. Toto chování vychází z velké úzkosti nemocného. V některých případech dochází k nedobrovolné hospitalizaci, která znamená pro nemocného i okolí velký stres a je provázena strachem z nezvladatelnosti nemocného, který je odvážen za asistence policie. Tyhle události pak vedou k posilování představy o nebezpečnosti člověka s duševním onemocněním. K obrazu nebezpečného šílence svou měrou přispívají také média, která tento stereotyp často podtrhují, i přestože je statisticky prokázáno, že násilné činy páchají nemocní stejně často jako ostatní populace

d) Lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou soustavně pracovat

V některých případech se lidé po залечení náhlého vzplanutí nemoci mohou vrátit na původní pracovní pozici a zastávat ji ve stejné kvalitě, jako před onemocněním. I v případě vážnějšího průběhu nemoci jsou lidé schopni pravidelné, zvládnutelné činnosti v chráněných podmínkách.

Dle Libingera (2002) V průmyslových zemích pracuje méně než 20% lidí se závažným duševním onemocněním. Pracovní výkon a způsobilost ale nesouvisí přímo s intenzitou psychopatologie. Více než polovina nemocných se schizofrenním onemocněním je s podporou způsobilá získat a udržet pracovní místo na volném pracovním trhu (Swanson a spol., 1970).

### 3.3 Definice schizofrenie

„Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou, nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality. Tomu do určité míry odpovídá představa laiků- postižený je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo

vidí něco co ostatní ne, a jeho řeč a chování jsou divné a nepochopitelné.“ (Češková, 2007, str.13)

Jung definoval schizofrenii jako stav, ve kterém se sen stává realitou.

Perry (1996 in Scheancová) vysvětluje schizofrenii, jako zahlcení vědomí ega obsahy z nejlubšího nevědomí, mající mystickou a symbolickou podobu. Stává se tak v situaci osobní krize, kdy mystické obsahy nevědomí mají za účel reorganizovat Self. Člověk v takovém snovém stavu změněného vědomí se stává izolovaným od okolního světa.

Sociální faktory

*„Příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině a život v městských aglomeracích s větší hustotou obyvatelstva jsou spojeny se zvýšeným rizikem rozvoje schizofrenie. Je skutečností, že v industrializovaných zemích je více schizofreniků v nižších socioekonomických třídách, počet hospitalizací pro schizofrenii je vyšší v městských než v zemědělských vesnických oblastech.“* (Češková, 2007, str. 16)

Dle Perryho (1996 in Scheancová) který vnímá celou psychotickou ataku jako sebeuspořádávající a ozdravnou zkušenost, je chronická schizofrenie vytvořena negativní reakcí společnosti na to, co je přirozeným a zdravým procesem.

Češková zmiňuje také vlivy imigrace, kdy stres a potíže s adaptací v nové kultuře mohou působit jako spouštěče psychotické epizody u vulnerabilních jedinců.

### 3.3.1 Klinický obraz

Schizofrenní porucha ovlivňuje řadu psychických funkcí a její projevy se mohou lišit od jedince k jedinci. K narušení dochází zejména v oblasti myšlení, vnímání, vůle, nálady, chování a pozornosti. Rozlišujeme čtyři příznaky propuknutí nemoci a to příznaky pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní.

Jako typické pozitivní příznaky Praško (2001) uvádí halucinace a bludy, které vznikají zkreslením reality a jsou často důvodem k hospitalizaci. Vznikají bez jasného vnějšího podnětu a mohou se týkat všech smyslů. Nejčastějšími jsou halucinace sluchové v podobě jednoduchých zvuků jako tikání, zvonění nebo složitějších vjemů, jako jsou hlasy.

K negativním příznakům patří málomluvnost, ochuzení citového prožívání, absence iniciativy, oslabení vůle, projevující se postupnou ztrátou zájmu o věci, které nemocný dříve rád dělával. Často také dochází k sociálnímu stažení.

V oblasti kognitivních funkcí dochází k narušení zejména paměti a její schopnosti uchovávat, používat a zpracovávat informace. Často bývá narušena také pozornost, kdy nemocný není schopen se déle soustředit ani plánovat a řešit úkoly.

*„ Kognitivní dysfunkci nacházíme před začátkem choroby, bývá stabilní, ale může také progredovat. Některé komponenty kognitivních funkcí, i když zůstávají narušeny ve srovnání s kontrolami, se v průběhu léčby lepší. Mírnou kognitivní dysfunkci nacházíme také u části příbuzných prvního stupně, kteří nikdy ne onemocní.“ (Češková, 2007, str 18-19)*

Z afektivních příznaků bývají často přítomny poruchy nálady. Součástí akutní psychotické ataky je deprese, která provází zejména počáteční fázi onemocnění a bývá spojena s pocity méněcennosti, beznaděje a obav z reality duševního onemocnění.

*„Až 10% nemocných se schizofrenní poruchou spáchá suicidium. Pro mnoho schizofreniků představují negativní příznaky společně s kognitivní dysfunkcí zneschopňující komponentu onemocnění, která vede k tomu, že mají problém začlenit se do normálního života a obstat na trhu práce. „ (Češková, 2007, str.18-19)*

Dle mého názoru sociální izolace, na kterou je nahlíženo jako na jeden z negativních příznaků, může stejně tak vycházet z negativních postojů společnosti vůči člověku, který byl označen za duševně nemocného. K pocitům beznaděje, spojovaných s postpsychotickou depresí svým dílem přispívá i malá motivace k pochopení celého procesu, kterým člověk v akutní fázi nemoci procházel, ze strany odborné veřejnosti.

*Když lidé vzpomínali na svou zkušenost psychózy, hovořili o tom, že vedle pocitu izolace velmi výrazně vnímali, že všechno, co přichází, je rozděleno do protikladů: Dobré a Zlé, Bůh a Dábel, My a Oni. Atd. Takové prožívání je matoucí, ohromující způsobuje děsivou nerozhodnost a naprosté zaražení motivace, v které je vše rušeno svým protikladem.(Perry 1996 in Scheancová: nestránkováno )*

Dle Perryho (1996 in Scheancová) tato zkušenost izolace a vnitřního konfliktu protikladů je velmi vyčerpávající. Člověk je zmítán strachem z protichůdných sil, pociťuje velký rozpor mezi subjektivním vnitřním světem a vnějším pozemským světem. Tento zážitek protikladů velmi rychle nabírá často paranoidní podobu.

*„V naší společnosti však dochází přesně k tomu že lidé kolem jedince, který zažívá tento typ krize, jsou zmateni a vyděšeni. Vůbec nedůvěřují procesu, který běží. Vše je nastaveno negativně a z toho pramění strach – na obou stranách.“ (Perry, 1996 in Scheancová:nestránkováno )*

### Kritéria pro diagnostiku schizofrenní poruchy

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 je pro diagnostikování schizofrenie nutná přítomnost minimálně jednoho z příznaků ad a) až d), nebo dvou z příznaků ad e) až i) trvajících minimálně pod dobu jednoho měsíce:

- a) Manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek, vkládání odnímání, vysílání myšlenek)
- b) Bludy ovládnutí (kontrolovatelnosti)
- c) Sluchové halucinace (komentující chování nemocného)
- d) Jiné bludy
- e) Jiné halucinace
- f) Formální poruchy myšlení (zárazy, inkoherence)
- g) Katatonní příznaky (vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, vosková ohebnost, negativismus, mutismus, stupor)
- h) Negativní příznaky (apatie, ochuzení řeči, ochuzení emočních reakcí)
- i) Nápadné kvalitativní změny v chování (ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, sociální stažení)

#### 3.3.2 Klinické formy schizofrenie

Podle současné klasifikace rozlišujeme čtyři základní typy schizofrenie - paranoidní , hebefrenní , katatonní a simplexní .

##### Paranoidní schizofrenie

Patří k nečastěji se vyskytujícím typům schizofrenie. Náhlé propuknutí nemoci se objevuje spíše ve vyšším věku a charakteristické jsou hlavně pozitivní příznaky v podobě perzekučních bludů. Dotyčný má pocit ohrožení ze strany svého okolí, silně žárlí nebo se cítí pronásledován. Prognóza tohoto typu schizofrenie je relativně dobrá.

##### Simplexní schizofrenie

Je tvořena spíše negativními symptomy a může se objevit již v období dospívání. U nemocného, který má většinou sklon k introverzi a samotářství dochází k postupnému uzavírání se do světa fantazie : Tato forma má v mnoha případech tendenci chronifikovat.

### Hebefrenní schizofrenie

začíná u mladých lidí (cca do 20 let). Mezi její projevy patří zanedbávání povinností, časté používání vulgarismů, plané filozofování, hloupé vtipkování, zvláštní myšlení a celkově podivně podivinství. Člověk se často chová jako pubescent a stylem „všechno vím, všechno znám“. Léčení bývá komplikovanější.

### Katatonní schizofrenie

je poměrně vzácná, tvoří asi setinu všech případů schizofrenie. Typické je narušení v oblasti motoriky (pohybů). Má dvě podoby – stuporózní a produktivní. Při stuporózní formě se člověk částečně nebo úplně přestane hýbat. Pokud mu někdo třeba zvedne ruku, vydrží takto nesmírně dlouho. Někteří schizofrenici se nepohnou i řadu let, ale jsou nevyzpytatelní – mohou zničehonic něco udělat. Příčinou nehybnosti jsou halucinované hlasy, které jim zakazují hýbat se. Produktivní forma se vyznačuje výraznou, dezorganizovanou fyzickou aktivitou nebo opakováním určitých pohybů (pohupování atp.), případně slov či vět

([www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenieuvod/typschizofrenie#ixzz1FoQLoNd1](http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenieuvod/typschizofrenie#ixzz1FoQLoNd1))

### 3.3.3 Prognóza

Po první psychotické epizodě se považuje období prvních 2-5 let za kritické. Je to období velké zranitelnosti a je nezbytné nemocné v tomto období pravidelně sledovat. Onemocnění se může vracet v epizodách, hovoříme o relapsech nemoci. Ukazuje se, že častější návraty (relapsy) nemoci bývají spojeny s celkově horšími důsledky a průběhem nemoci. Je proto nesmírně důležité vědět, jaké jsou varovně příznaky navracející se nemoci. U někoho je to nespavost, podrážděnost, nesoustředěnost a vnitřní pocit – něco se zase děje. Při dobré spolupráci s lékařem se lze naučit tyto relapsy poznávat a umět jim předejít. Nové epizody nemoci bývají často vyprovokovány nadměrným stresem, a proto je třeba nepodceňovat zátěžové situace. Rozlišujeme celkem 3 fáze léčby: léčbu akutních příznaků nemoci, stabilizaci a dosažení remise, udržení remise a prevence relapsu. Všechny tyto fáze jsou pro celkový průběh nemoci stejně důležité. Remise znamená úplné vymizení symptomů nemoci. (Praško, 2001)

Příznivější prognózu mají onemocnění s náhlým začátkem a s přítomností pozitivních příznaků – bludů, halucinací a větší tělesnou aktivitou. Méně příznivou prognózu naopak mají onemocnění s plíživým začátkem a přítomností spíše negativních příznaků – snížením emoční a pohybové aktivity. Příznivější průběh onemocnění mají lidé, kteří mají partnera a

nebo založenou vlastní rodinu, a dále ti, kteří mají stále zaměstnání nebo studují. Neméně důležité je zachování si koníčků a původního životního stylu.

*“Toto je uzlový bod, kde se předurčuje osud toho člověka. Když někomu dám hned při první hospitalizaci diagnózu schizofrenie a dávám ji i rodině, tak už kráčí ‚schizofrenickou cestou‘ když něco pojmenuju přechodnou psychotickou poruchou, s možností že už se to neobjeví, otevírá se mu optimistická cesta. A kdyby to náhodou byla schizofrenie, je prokázáno, že jedna třetina schizofreniků má velmi velkou možnost na úplně vyléčení. S takovými informacemi a s nabídkou pomoci mohou být výsledky vývoje nemoci diametrálně odlišné. Může z něj být chronický schizofrenní pacient ve vytahané teplákové soupravě, ale také to může být člověk, který funguje v různých sférách života, v rodinné, osobní, pracovní, sociální. Je si ale vědom svého handicapu, má platičko léků a ví, že když tři noci nebude spát nebo bude vystaven nějakému většímu stresu, vezme si pár dní po jedné tabletě Ziprexy a tím toho draka ve svém nitru zastaví,“ (Martin Jarolímek.in Esprit 2/09)*

## 4 AKTIVIZACE

Aktivizací rozumíme proces, který nás motivuje k činnosti. S pojmem aktivizace se dnes můžeme setkat v různých oborech, zaměřených na práci s člověkem. Hovoříme o aktivizaci žáků, zaměstnanců, nezaměstnaných, seniorů a v neposlední řadě o aktivizaci osob se zdravotním postižením. V této části jsem se zaměřila zejména na dva možné zdroje aktivizace a to na aktivizaci v sociálních službách a v terapii. Oba zmíněné zdroje jsou pak propojeny v aktivizačních programech, které zmiňuji závěrem.

### 4.1 Aktivizace jako sociální služba

Dle zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách v § 66 tohoto zákona a §31 prováděcí vyhlášky k tomuto zákonu jsou sociálně aktivizační služby ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

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

Náplní služby je podporovat osoby s duševním onemocněním tak, aby nebyly sociálně vylučovány ze života v komunitě, ze svého prostředí, např. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (formou výletů, návštěv kulturních, sportovních a společenských akcí) a pod. Služba jim pomáhá zapojovat se do obvyklých aktivit a zvládat běžné i krizové situace v životě. Podporuje je při hájení a uplatňování oprávněných potřeb, práv a zájmů, posiluje jejich kompetence a tím m.j. pracuje na obnovení či získání jejich nezávislosti a soběstačnosti. Radí, informuje, zprostředkovává a posiluje nezávislost klientů, pomáhá při obstarávání osobních záležitostí, umožňuje a podporuje zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity, podporuje při komunikaci, rozvíjí tvořivost a nabízí příležitosti.



## 4.2 Aktivizace jako terapie

Terapií rozumíme proces, který vede k uzdravení. Jedním z mnoha rozličných způsobů terapeutické práce je terapie pomocí klientova expresivního vyjádření, které může mít podobu výtvarného díla, pohybu, tance, hudebního nebo divadelního výstupu. Hovoříme pak o expresivní terapii nebo také arteterapii, jež se zaměřuje na podporu a rozvoj tvůrčího potenciálu klienta a nalezení větší duševní rovnováhy.

### 4.2.1 Arteterapie

V užším slova smyslu znamená arteterapie léčbu výtvarným uměním a dle způsobu aktivní či pasivní účasti v arteterapeutickém procesu ji můžeme rozdělit na receptivní a produktivní.

Šiková-Fabrici (2002) popisuje receptivní arteterapii jako vnímání určitého uměleckého díla, které arteterapeut vybere s určitým záměrem, cílem této arteterapie je vnímání vlastního nitra a poznávání pocitů jiných lidí. V arteterapii produktivní jde o použití konkrétních tvůrčích činností (např. malby, kresby, modelování) nebo tzv. intermediálních aktivit (činnosti propojující různá média), happeningu u jednotlivce nebo skupiny.

*„V arteterapii jde u každého jednotlivého klienta o naplnění různých cílů. Mezi nejčastější cíle patří navození kompenzačního procesu, aktivizace, zprostředkování kontaktu, přeformování stereotypů, komunikace prostřednictvím výtvarného projevu, odstranění úzkostných stavů, socializace nebo kanalizace agresivity”...*

Campellová (1993) uvádí tři základní kvality spontánní umělecké tvorby:

- obohacení naší tvořivosti
- podpora sebeuzdravujícího procesu
- lepší porozumění našim vztahům a prostředí, ve kterém žijeme

Lidé s duševním onemocněním jsou často velmi citliví a mají schopnost vnímat svět kolem sebe jinak, než ostatní. Jejich citlivost jim umožňuje snadněji vyjádřit své pocity výtvarnou formou.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 AKTIVIZAČNÍ PROGRAMY

Následující stránky jsou věnovány popisu programů, které slouží k aktivizaci osob s duševním onemocněním, se kterými jsem několik měsíců intenzivně pracovala. Při jejich realizaci jsem vycházela zejména ze zájmů a potřeb ze strany klientů a také z vlastních schopností, potřebných pro vedení jednotlivých aktivit. Programy jsou rozděleny na dvě skupiny a sice na strukturované a nízkoprahové

### 5.1 Nabídka dlouhodobých strukturovaných programů :

#### **Kutliská dílna**

aktivita umožňuje nácvik prací spojených s údržbou domácnosti a sebeobsluhou. Poskytuje prostor pro realizaci vlastních kutliských nápadů. Dává možnost vyzkoušet si všechny praktické dovednosti, o které je ze strany klientů zájem. Aktivita probíhá jednou týdně v trvání 2 hodiny.

Do tohoto programu docházela pravidelně skupinka 4 klientů, se kterými jsme pracovali na dlouhodobém projektu, zaměřeném na renovaci starého nábytku, který byl součástí odpočinkové místnosti a v druhé řadě na jednorázových drobných opravách. Při renovaci nábytku si klienti vyzkoušeli práce jako je broušení, moření dřeva, lakování a postupně se tak mohli zdokonalovat ve své manuální zručnosti. Skupina měla možnost uplatnit své znalosti z oboru . V průběhu programu se projevila jejich vynalézavost a kreativita při řešení drobných problémů a také vzájemná spolupráce. Protože šlo o dlouhodobý projekt, u kterého jsou výsledky znatelné až po několika měsících, zařazovala jsem průběžně jednorázové opravy v podobě sádrování, montování a opravy nábytku, abych tak předešla frustraci ze stereotypu.

#### **Kurz angličtiny a francouzštiny pro začátečníky a pro středně pokročilé**

Výuka probíhá tempem, které je přizpůsobeno individuálním potřebám klientů. Způsob výuky je přizpůsoben zdravotním komplikacím, jako je špatná koncentrace, poruchy paměti, emocionální labilita a podobně. Jazykové kurzy jsou také tréninkem kognitivních funkcí a schopností. Tento program je zaměřen na konverzaci v anglickém a francouzském jazyce a vychází ze znalostí a potřeb klientů. Kurzy probíhají třikrát týdně, trvání 2 vyučovací hodiny. Je zde vhodná pravidelná docházka.

Jazykových kurzů se účastnilo celkem dvanáct klientů. Do kurzu anglické konverzace pro začátečníky docházelo 8 klientů. V kurzu anglické konverzace pro středně pokročilé jsem

pracovala se dvěma klientkami a kurz francouzské konverzace navštěvovaly také dvě klientky.

Během našich pravidelných setkání v kurzu anglické konverzace pro začátečníky se účastníci měli možnost seznámit se základními tématy jako je stručné představení se druhé osobě, navigace a orientace ve městě, rezervace hotelu, nakupování, vyjádření času atd. Osvojení si základních frází v daném tématu někteří klienti dokázali následně uplatnit např. při komunikaci s turisty nebo při pobytu v zahraničí. Průběh výuky by se dal rozdělit na dvě části. V první části jsme si ujasnili, jaké jsou aktuální potřeby jednotlivých účastníků a sestavili jednoduchý plán hodiny. V případě všeobecné shody na některé z potřeb, jsem pak pracovala s celou skupinou současně. Pokud se jednotlivé potřeby od sebe vzájemně lišily, pracovala skupina ve dvojicích, které se vytvořily dle vzájemné ochoty ke spolupráci a schopnosti jednotlivců řešit společný problém. Během aktivní účasti klientů v hodině jsem monitorovala jejich míru koncentrace. Tato část výuky byla dost vyčerpávající, protože ve většině případů vyžadovala zapojení kognitivních funkcí. Ve druhé části hodiny klienti měli možnost uvolnit se a odpočinout si. Věnovali jsme se hraní her, nebo povídání. Velkou oblibu získala hra „lodě“, kterou jsem uzpůsobila speciálně pro hodinu angličtiny tak, že si v ní zájemci mohli zopakovat své znalosti z oblasti anglické abecedy, čísel, měsíců a dní v týdnu.

V kurzu anglické konverzace pro pokročilé jsem se věnovala dvěma klientkám. Jejich úroveň znalosti jazyka byla rozdílná a také způsob práce se lišil. První klientka měla dobrou znalost angličtiny a byla schopna plynule komunikovat na téma, které si sama zvolila. Druhá klientka měla dobrou pasivní znalost jazyka, ale měla problém s jeho použitím. Při individuální práci s každou z nich jsem soustředila pozornost na jejich možnosti rozvoje. V prvním případě šlo o dialog a rozšiřování si slovní zásoby. V druhém případě jsem klientku stimulovala jednoduchým vyprávěním v angličtině na jí zvolené téma, případně otázkou kontrolovala, zda rozumí. Z počátku jsem klientku nechala odpovídat česky a postupně ji povzbuzovala a nechávala dostatečný prostor na formulování jednoduché odpovědi v anglickém jazyce. Při práci s oběma klientkami současně, jsem pak přenechala roli vypravěče první klientce a sama jen pozorovala celý průběh hodiny.

Konverzace ve francouzském jazyce se účastnily dvě klientky, jejichž znalost jazyka byla opět rozdílná a práce s nimi byla obdobná, jako jsem popsala v předchozím odstavci. Výuku jsme občas oživily hrou, promítáním francouzského filmu nebo poslechem francouzské muziky.

### **Kurz práce na PC**

Počítačový kurz navštěvovali pravidelně 4 klienti. Tempo výuky bylo přizpůsobeno jejich individuálním potřebám. Každému z účastníků kurzu jsem se věnovala samostatně a systematicky je seznamovala se základním ovládním počítače, jako je zapnutí a vypnutí počítače, seznámení se s internetem, založení e-mailové schránky, psaní e-mailu, vkládání přílohy do e-mailu, základní orientace v programu Microsoft Word. Kurz byl zaměřený na zvládnutí základní počítačové gramotnosti a probíhal jednou týdně v trvání 1,5 hodiny.

### **Vaření**

Z počátku si účastníci měli možnost vyzkoušet přípravu pokrmů z různých částí světa. Později sami přicházeli s vlastními nápady a recepty. Vaření probíhalo ve skupině 3-4 lidí, která se pravidelně scházela jednou týdně. Nejprve jsme se domlouvali na pokrmu a případně společně dotvářeli vybraný recept, který byl limitován rozpočtem 25 korun na osobu. Následovalo zajištění surovin formou společného nákupu. Na přípravě stravy se každý podílel jednotlivě. Hotový pokrm jsme si pak společně vychutnali. Program byl zaměřen především na nácvik praktických dovedností, jako je kalkulace nákladů, zajištění surovin, příprava pokrmu a v závěru úklid kuchyně. Projevila se však také kreativita a nápaditost všech účastníků při dotváření pokrmu a také schopnost vyjít se stanoveným rozpočtem.

### **Fotografický kroužek**

tento program by se dal charakterizovat jako nahlédnutí do světa fotografie. V průběhu roku se klienti měli možnost seznámit s jednotlivými fotografickými žánry a osobnostmi, které je zastupují. Každý měsíc byl věnován jednomu tématu a byl rozdělen na část teoretickou a praktickou, kdy si účastník kurzu mohl sám vyzkoušet jednotlivá cvičení, zaměřená na dané téma. Pracovala jsem se skupinou 3-5 klientů v časovém rozmezí dvou hodin jednou týdně. V podzimních měsících jsme se věnovali převážně fotografování v exteriéru. Vznikaly snímky nejen podzimní krajiny, ale také architektury, soch, zátiší, portrétů a struktur. V zimě jsme pak čas věnovali úpravám fotografií v počítači a vytvářením malých ucelených souborů, sestavených ze 3-5 snímků. Cílem tohoto projektu bylo nejen seznámit účastníky s možnostmi, které fotografie nabízí, ale také spoluobjevovat krásu zdánlivě obyčejných zákoutí a věcí, jenž nás obklopují. Stupňující se zvědavost a odvaha experimentovat pak dala vzniknout nevšedním souborům, ve kterých prosté pouliční lampy, stromy, lavičky a cedule vyprávějí své zapomenuté příběhy. V kurzu bylo možno pracovat s vlastní, nebo zapůjčenou kamerou.

## 5.2 Nabídka nízkoprahových programů :

Nízkoprahovost programů spočívala především v možnosti volného, nepravidelného, docházení a také v nestrukturovanosti volně tráveného času. Zájemce měl možnost využít zázemí a nabízených možnosti klubu, dle svých aktuálních potřeb.

### Klub

Nestrukturovaný čas věnovaný rozhovorům, stolním hrám, ručním pracím, poslechu hudby, četbě, posezení u šálku čaje. Klienti mají možnost volného přístupu na internet, nebo si mohou zahrát stolní tenis. Na počátku se v klubu scházela pravidelně skupinka 4 lidí, se kterými jsme pomocí her procvičovali kognitivní funkce. Mezi oblíbené patřily zejména karetní hry Poker a Kradené žolíky, ve kterých se projevil smysl pro logicko-analytické myšlení při kombinování karet. Další hrou, těšící se oblibě zejména u mužů, byly šachy.

Pravidelné trénování správných strategií, potřebných k vítězství pak zájemci zúročili při šachovém turnaji, konaném v jiném centru aktivizačních služeb, kde se jednomu z klientů podařilo obsadit třetí místo. S přibývajícím počtem žen začala vznikat druhá skupina, která čas v klubu trávila více relaxačním způsobem, jako je poslech hudby, povídání si u šálku kávy. Oblíbenou hrou bylo Člověče, nezlob se. Všimla jsem si, že některé ženy, které do klubu chodily, braly hraní her více jako příležitost ke společenskému kontaktu a snažily se hrát s velkým ohledem na soupeře, pokud mohly, tak protihráče nevyhazovaly.

Oproti tomu muži, hráli agresivněji a hru vnímali jako souboj o vítězství. Pokud však hrál jeden muž se skupinou žen, docházelo k lehkému přizpůsobení jeho stylu hraní a ke snížení agresivity. Naopak v ženě, hrající v čistě mužské skupině se probouzela větší soutěživost.

Pro introvertní klienty a pro ty, kteří se cítili unavení, byl vyhrazen odpočinkový pokoj, oddělený od hlavní společenské místnosti. Zde byl prostor pro krátký spánek, čtení knížek, meditaci nebo promítání filmu.

Klub probíhal jednou týdně v odpoledních a podvečerních hodinách v trvání 4 hodiny. Kromě již zmíněných aktivit se také v rámci klubu čas od času konaly jednorázové akce v podobě výletu, sportovních turnajů a zahradních párty. S náměty na výlety přicházeli sami klienti. S velkým úspěchem se setkalo putování na hrad Točnick a výprava do pražské zoologické zahrady, spojená s piknikem v přírodě.

### Kreativní dílna

Byla určena pro všechny kdo rádi tvoří. Zájemci měli možnost se seznámit a vyzkoušet si např. výrobu korálkových šperků, malování na sklo, na textil, malování pastelem a práce s hlinou. Konala se jedenkrát týdně v trvání 2,5 hodiny.

Pracovala jsem se skupinou 4-8 lidí. Kreativní dílna byla místem, kde se lidé stejně jako v klubu měli možnost setkávat a společně posedět u čaje či kávy, popovídat si anebo se zapojit do některé z nabízených aktivit, jako např. malování, modelování, výroba vánočních přání. Byl zde také prostor pro sdílení a uskutečňování individuálních činností, spadajících do oblasti modelářství nebo ručních prací (háčkování, šití, sestavování modelů letadel). Malování bylo oblíbenou aktivitou většiny účastníků. Výběr výtvarných prostředků, stejně jako rozhodnutí, zda malovat dle vlastní fantazie nebo podle předlohy, jsem nechávala čistě na klientech. Tvůrčí proces měl být cestou k uvolnění a relaxaci. Kopírování předlohy některým klientům pomáhalo lépe se soustředit a rozvíjet pozorovací schopnosti. Vznikaly zajímavé originální obrazy mající svůj původ v některém ze světově známých uměleckých děl, které však byly barevně dotvářeny dle fantazie klientů. K celkovému uvolnění také hrála tichá, klidná hudba. Volnost v tvoření povzbuzovala vlastní individualitu klienta a někdy jej vtahovala do vnitřního světa fantazie. Během malování docházelo ke spontánním rozhovorům na různorodá témata, týkajících se jejich starostí a obav plynoucích nejen z každodenního života, ale také z jejich zdravotního omezení. Během těchto rozhovorů vystoupila vzájemná snaha o podporu a pochopení.

Ke vzájemnému propojení ve skupině jsem občas zvolila práci na společném mini-projektu, jako například výrobu nástěnného kalendáře. Každý z účastníků namaloval dva obrázky, které nalepil na list papíru. Společně jsme se domluvili, jaký měsíc v kalendáři bude reprezentovat a nalepili název měsíce, včetně dní k danému obrázku.

Dalším mini-projektem byla pozvánka na jarní výlet do ZOO, která byla zhotovená formou koláže a bylo zapotřebí ještě více spolupráce a společného domlouvání se o její závěrečné podobě. Každý z klientů pracoval na jiné části pozvánky, někdo se zabýval textem, jiný maloval a vystřihoval obrázky zvířat, další z klientů připravoval barevné pozadí, na které se v závěru vše nalepilo.

## 6 METODOLOGIE VÝZKUMU

### 6.1 Cíl výzkumu

V posledních několika letech se pozornost v oblasti zdravotní péče o pacienty s duševním onemocněním soustředí na přesunutí péče z velkých ústavních zařízení do ambulancí a návazných komunitních center. Na pozvolném procesu deinstitucionalizace a integrace člověka s duševním onemocněním zpět do společnosti se podílí řada organizací a občanských sdružení, která motivují a podporují klienta v jeho návratu do běžného života.

Aktivizace je jednou z cest, které vedou klienta k větší samostatnosti a k zapojení se do společnosti. Při několikaměsíční práci v centru psychosociální rehabilitace jsem se setkávala a spolupracovala nejen s lidmi s duševním onemocněním, ale i s odborníky z oblasti psychiatrie a psychologie. Na základě našich společných pracovních setkání jsem si zvolila za cíl, odhalit **význam aktivizace v životě osob s duševním onemocněním**. Uvedený cíl jsem formulovala do výzkumné otázky: **Jaké jsou cíle spolupráce v aktivizačních programech?**

### 6.2 Vymezení výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si zvolila **kvalitativní přístup**. Švaříček a Šedřová (2007, s.17) definují kvalitativní přístup jako „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“

Dle Strausse a Corbinové (1999 in Švaříček,Šedřová 2007) se metody kvalitativního přístupu „*...užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy o nichž už něco víme.*“

### 6.3 Metody sběru dat

Při práci s cílovou skupinou jsem využívala zejména metody zúčastněného **pozorování** a **rozhovoru**. Pro stanovení cílů jsem použila písemnou formu dokumentu v podobě předtištěného **dotazníku** a s metodou **triangulace** jsem pracovala v závěrečném hodnocení aktivizačních programů z pohledu klienta, odborníka z oboru psychiatrie a psychologie a mého vlastního pohledu.



Triangulace je dle Švaříčka a Šed'ové (2007, str. 205) „*proces použití rozličných pohledů za účelem vyjasnění významu pozorování (sběru dat) a interpretace a analýzy dat.*“

Pozorování Švaříček a Šed'ová (2007, str.143) definují pozorování jako „*dlouhodobé systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces.*“

Při pozorování zachycujeme danou situaci a to, co se v ní děje. Pozorování umožňuje pochopit celý kontext, ve kterém se situace odehrávají, pochopení problému v celé šíři. Pozorováním lze zachytit rutinní situace, které si účastníci neuvědomují. Reflexe a vlastní poznámky jsou velmi důležitou součástí každého kvalitativního výzkumu. Pozorování jsem prováděla v průběhu jednotlivých aktivit v místnosti, která byla k tomuto účelu vyhrazená. Pozornost jsem soustředila především na interakce mezi jednotlivými účastníky.

„*Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor, jež můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.*“ (2007, str. 159). Metodu polostrukturovaného rozhovoru jsem využila při závěrečné reflexi a hodnocení cílů. S účastníkem jsme vedli asi dvacetiminutový rozhovor, ve kterém měl zhodnotit, zda spolupráce na vytčeném cíli splnila jeho očekávání, vyjádřit svoje pocity z daného programu a spolupráce ve skupině, případně navrhnout, co by chtěl zlepšit.

#### 6.4 Výběr vzorku

Cílovou skupinou pro tento výzkum jsou lidé s duševním onemocněním z okruhu psychotických poruch, kteří navštěvovali aktivizační programy v centru psychosociální rehabilitace. Jednalo se osoby trvale žijící na území Prahy, u nichž došlo k opakovaným projevům nemoci. V rámci služby lze definovat dvě hlavní skupiny klientů: Klienti, jejichž schopnost komunikace a soustředění, manuální zručnost nebo pracovní dovednost je snížena a je žádoucí u nich tyto dovednosti udržet. Klienti, kteří se potřebují adaptovat na běžné prostředí, obnovit sociální vztahy, pracovní návyky. Cílovou skupinou jsou i lidé s duševním onemocněním po několika prvních atakách nemoci, často ještě bez invalidního důchodu a s nevýrazným znakem chronicity. Z celkového počtu uživatelů služeb jsem oslovila 5 účastníků (2 ženy a 3 muže) a poprosila o spolupráci a souhlas s uveřejněním jejich výpovědí v bakalářské práci. Pro větší přehlednost jsem podrobnější údaje uspořádala do tabulky (viz. Tab. č. 1). Z důvodů zachování větší anonymity v tabulce neuvádím označení, která budou dále použita v analýze textu.

Tab. č. 1. : Účastníci výzkumu

<i>Pohlaví</i>	<i>Věk</i>	<i>Diagnóza</i>	<i>Aktivizační program</i>
Žena	25	Schizofrenní porucha	Cizí jazyk
Žena	50	Schizofrenní porucha	Cizí jazyk
Muž	60	Schizofrenní porucha	Cizí jazyk, foto, klub, kutilsk a kreativní dílna
Muž	61	Schizofrenní porucha	Cizí jazyk, PC
Muž	52	Bipolární porucha	Cizí jazyk, foto, klub, kutilská dílna

V dalším textu jsou účastníci výzkumu označeni zkratkou R (respondent) a číslem, které se neshoduje s pořadím v tabulce. V průběhu analýzy jsem místo pojmu účastník – účastnice použila označení respondent(ka).

## ANALÝZA DAT

Kvalitativní analýza může být podle Hendla chápána (2005) jako systematické nenumerné organizování dat, odhalující témata pravidelnosti kvality a vztahy. Materiálem pro analýzu je doslovně přepsaný průběh rozhovoru, poznámky z pozorování, textové dokumenty. Pro analýzu dat jsem použila způsob otevřeného kótování. Při tomto způsobu zpracování dat je text rozdělen na jednotky, kterým jsou přiděleny kódy (jména), které později slučujeme na základě podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti do kategorií. Respondenti v rozhovoru odpovídali na otázky, které jsem rozdělila do tří kategorií:

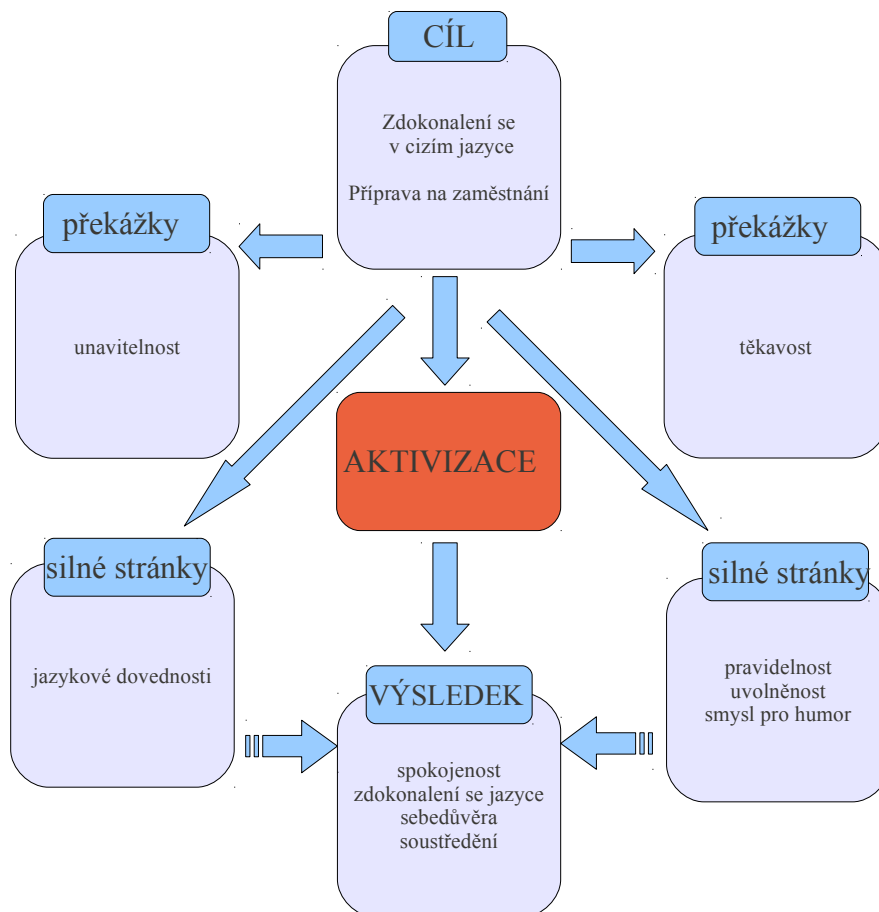
### **Dlouhodobý cíl**

**Překážky** /co mi brání v tom, abych dosáhl svého cíle

**Silné stránky**/ Co mi pomáhá v dosažení cíle

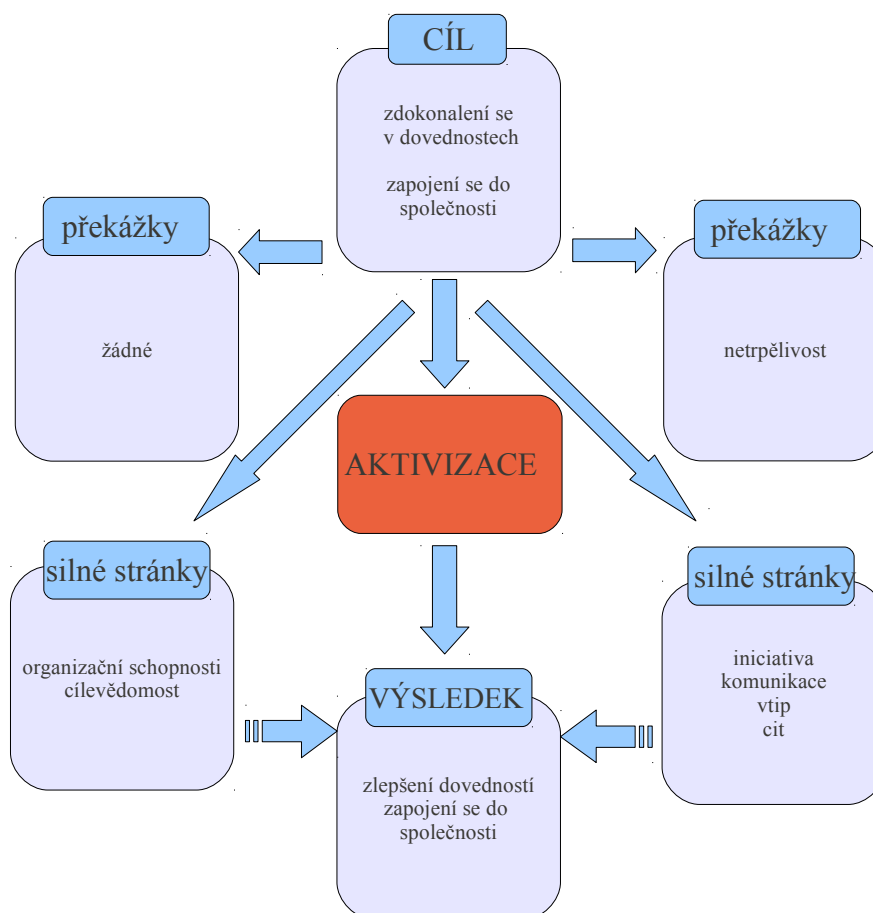
Pro zachování autentické výpovědi uvádím doslovný přepis textů z použitých tiskopisů a rozhovorů viz. Příloha P1, P2.

Obr. 1. : Axiální kódování – cíl aktivizace



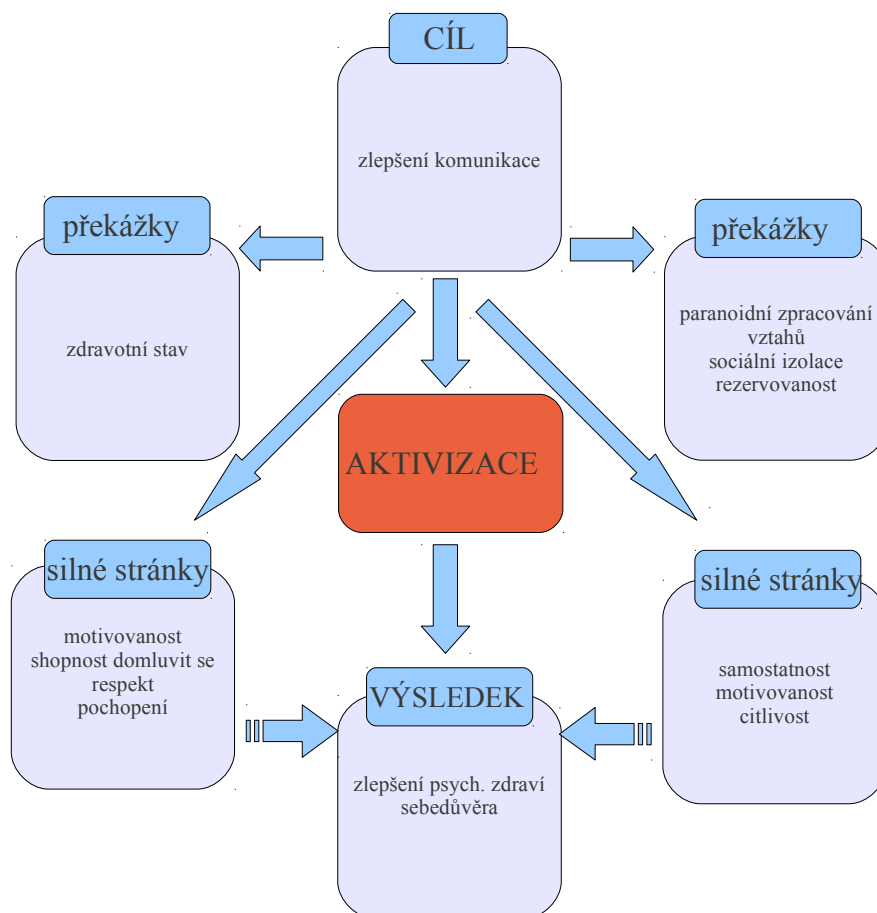
Cílem aktivizace je pro respondentku **zdokonalení se v komunikaci a příprava na zaměstnání**. **Překážkami**, bránícími respondence v dosažení tohoto cíle jsou z pohledu respondentky snadná **unavitelnost** a z pohledu odborníka **těkavost** klientky od jednoho zájmu k druhému. Mezi **silné stránky**, napomáhající respondence k dosažení cíle patří **jazykové dovednosti**, **pravidelnost** v docházení na aktivizační program, **uvolněnost** a **smysl pro humor** v komunikaci s ostatními. Zapojení silných stránek do aktivizačního procesu přináší **ve výsledku zdokonalení se v cizím jazyce**, zvýšení **sebedůvěry** a lepší **soustředění**.

Obr. 2. : Axiální kódování – cíl aktivizace



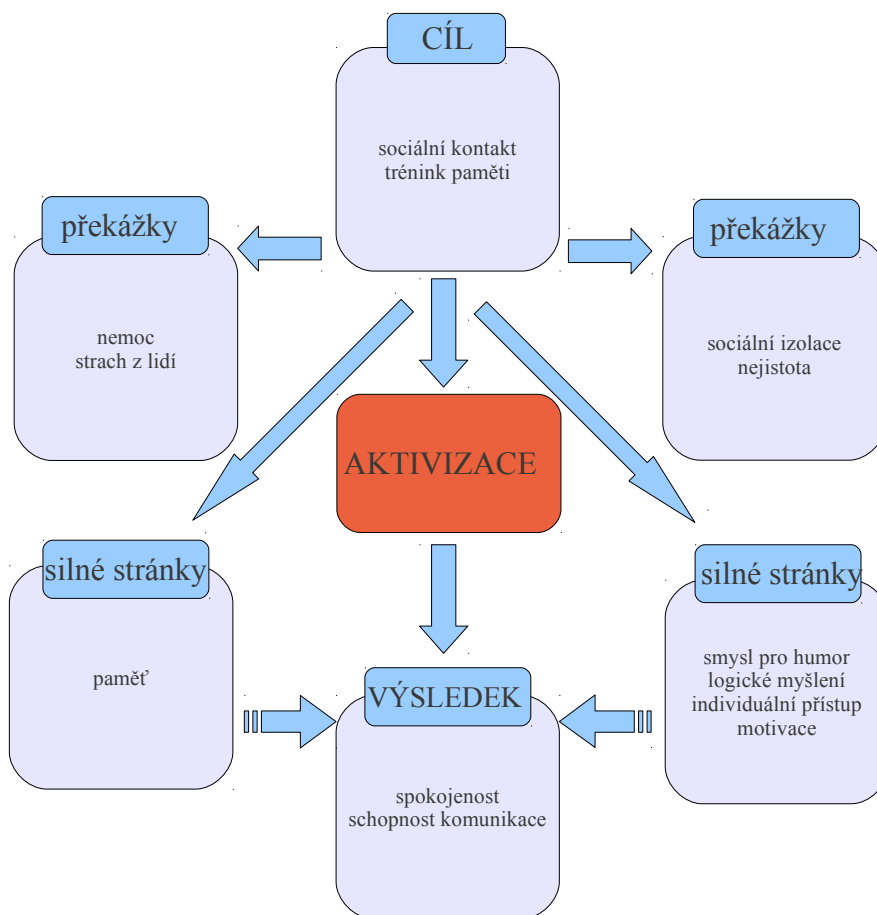
Cílem aktivizace je pro respondenta **zdokonalení se v dovednostech a zapojení se do společnosti**. V dosahování cíle mu podle jeho mínění nestojí **žádné překážky**. Z pohledu odborníka by v cestě k dosažení cíle mohla stát klientova netrpělivost. Mezi **silné stránky**, napomáhající respondentovi k dosažení cíle patří **organizační schopnosti, cílevědomost a iniciativa** při plánování náplně aktivizačních programů, **vtip a cit** při **komunikaci** s ostatními. Zapojení silných stránek do aktivizačního procesu přináší **ve výsledku zlepšení dovedností a zapojení se do společnosti** formou dobrovolnictví a částečného pracovního úvazku.

Obr. 3. : Axiální kódování – cíl aktivizace



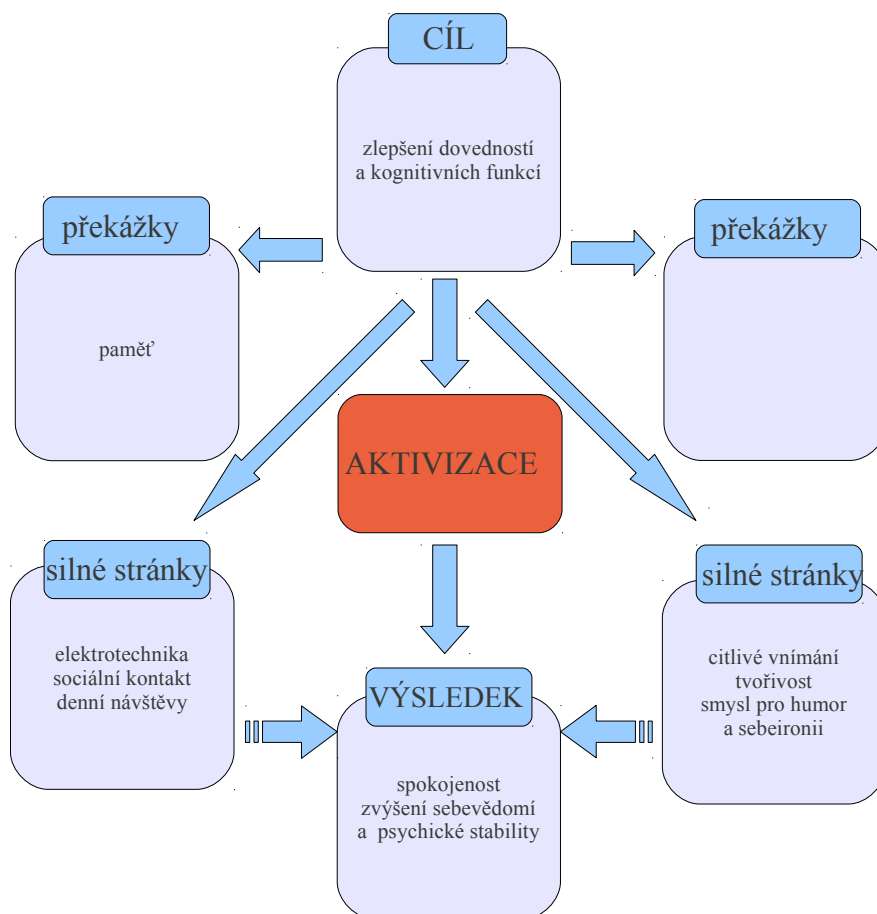
Cílem aktivizace je pro respondentku **zlepšení komunikace** s blízkými lidmi. **Překážkou**, stojící v dosažení cíle je z pohledu respondentky její **zdravotní stav** a z pohledu odborníka **rezervovanost** a **paranoidní zpracování vztahů**, které vrhají klientku do **sociální izolace**. Mezi **silné stránky**, napomáhající respondence k dosažení cíle patří **motivovanost, samostatnost a schopnost domluvit se. Respekt** a snaha o **pochopení a citlivost** při vzájemné spolupráci jsou dalšími pomocnými prvky k dosažení cíle. Zapojení silných stránek do aktivizačního procesu přináší **ve výsledku zlepšení psychického zdraví** a zvýšení **sebedůvěry**.

Obr. 4. : Axiální kódování – cíl aktivizace



Cílem aktivizace je pro respondenta **sociální kontakt a trénink paměti**. Překážkami, bránicími v dosažení tohoto cíle jsou z pohledu respondenta **nemoc a strach z lidí** a z pohledu odborníka **nejistota** při komunikaci s ostatními a **sociální izolace**, do které se klient v důsledku svého zdravotního omezení dostal. Mezi **silné stránky respondenta**, napomáhající k dosažení cíle patří **logické myšlení, paměť, smysl pro humor a motivace** ke spolupráci s **individuálním přístupem**. Výsledkem zapojení silných stránek do aktivizačního procesu je lepší **schopnost komunikace** s okolím a **spokojenost** respondenta.

Obr. 5. : Axiální kódování – cíl aktivizace



Cílem aktivizace je pro respondenta **zlepšení dovedností a kognitivních funkcí**. **Překážkou**, která z pohledu respondenta brání dosažení cíle je zhoršená **paměť** z pohledu odborníka. Mezi **silné stránky**, napomáhající dosažení cíle patří znalost v oboru **elektrotechniky**, **denní návštěvy** aktivizačního centra a **sociální kontakt** s ostatními klienty. Z pohledu odborníka patřila mezi silné stránky respondenta **tvotřivost**, **citlivé vnímání** a **smysl pro humor a sebeironii**. Zapojení silných stránek do aktivizačního procesu přináší ve výsledku **zvýšení sebevědomí**, **zvýšení psychické stability** a celkovou **spokojenost** respondenta.

## ZÁVĚR

Pro vybrané respondenty byl **hlavním cílem spolupráce sociální kontakt , zlepšení dovedností a zařazení se společnosti.** Aktivizace je proces, který vede k dosahování cílů a k integraci člověka s duševním onemocněním do společnosti. Překážkou je sociální izolace, způsobená zdravotním omezením. Motivace ke zlepšení je hlavním důvodem, který vede člověka s duševním onemocněním k zapojení se do aktivizačních programů. Společnou silnou stránkou byl u všech respondentů smysl pro humor, který jim pomáhal v překonávání překážek a dosahování cíle. Respekt, snaha o pochopení a podpora ze strany aktivizačního pracovníka vede k vytvoření vzájemné důvěry. V přístupu založeném na vzájemné důvěře, podpoře a respektu dochází u člověka s duševním onemocněním ke zlepšení psychické stability a zvýšení sebedůvěry. V průběhu aktivizačního procesu se povedlo zlepšit dovednosti respondentů a některé zapojit do společnosti. Obavy z lidí u jednoho respondenta se odstranit nepodařilo. Celkově byli respondenti s aktivizačními programy spokojeni.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

CAMPBELLOVÁ, Jean. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 2000. 200 s. ISBN 80-7178-428-1.

ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada, 1994. ISBN 8071690864.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. Maxdorf, 2007. 104 s. ISBN 978-7345-114-1.

FAUCAULT, Michel. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin, 2000. 113 s. ISBN 80-86019-30-6.

MAHROVÁ G., VENGLÁŘOVÁ M., a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

PRAŠKO J., BAREŠ M., a kolektiv. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2001. 90 s. ISBN 80-85912-65-1

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, s.r.o., 2008. 176 s. ISBN:978-80-7367-408-3

ŠVAŘÍČEK R., ŠEĐOVÁ K., a kolektiv. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, s.r.o., 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

*Psychiatrie a stigma – Sanguis* [online]. 2002, [cit. 2011-03-12]. dostupné z:

<<http://www.sanguis.cz/index2.php?linkID=art782>>

*Esprit-2-09* [online]. 2009, [cit. 2011-03-12] dostupné z:

<<http://www.scribd.com/doc/13347692/Esprit-2-09>>

*Perry – Stín stromu* [online]. 2007,[cit. 2011-03-05]. dostupné z:

<[www.stinstromu.net/krize/perry.pdf](http://www.stinstromu.net/krize/perry.pdf)>

*Typy schizofrenie – schizofrenie* [online].2008, [cit. 2011-03-05]

<[www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenieuvod/typschizofrenie](http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenieuvod/typschizofrenie)>

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1. axiální kódování – cíl aktivizace.....	34
Obr. 2. axiální kódování – cíl aktivizace.....	35
Obr. 3. axiální kódování – cíl aktivizace.....	36
Obr. 4. axiální kódování – cíl aktivizace.....	37
Obr. 5. axiální kódování – cíl aktivizace .....	38

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Účastníci výzkumu.....32

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: cíle spolupráce

Příloha P2 : hodnocení a naplnění cílů

Příloha P3 : fotografie

## PŘÍLOHA P1: CÍLE SPOLUPRÁCE

### Dlouhodobý cíl

R1: „**zdokonalení se** v angličtině a francouzštině, **soustavná příprava** na zaměstnání, lepší schopnost **komunikace**, návštěva jazykových kurzů.“

R2: „**zdokonalení** anglického jazyka, trávení volného času ve **společnosti**, **zdokonalení ve fotokroužku**, **kutilská činnost**, **zapojení se do společnosti**.“

R3: „**zlepšit komunikaci** s blízkými **lidmi**, zlepšení slovní zásoby, odstranění zábran **komunikovat**

R4: „ **zlepšení** anglického jazyka , **naučit se fotografovat**, **zdokonalit si myšlení**.“

R5: „**osvojení si základy** angličtiny, **setkávání se s lidmi**,**trénink paměti**, **sociální kontakt**.“

**Překážky/Co mi brání** v tom, abych dosáhl svého cíle

R1: „**nemoc a mimozemšťani**“

R2: „ **moje paměť**“

R3: „**můj zdravotní stav**“

R4: „**snadná unavitelnost**“

R5: „**žádné překážky**“

**Silné stránky/Co bych chtěl** dále rozvíjet a zlepšovat

**R1:** „**motivovanost**, **schopnost domluvit se i v jiném jazyce**“

**R2:** „**organizační schopnosti a cílevědomost**“

**R3:** „**paměť**“

**R4:** „**jazykové dovednosti**, **psychickou stabilitu**“

**R5:** „**elektrotechniku**“

## PŘÍLOHA P2 : HODNOCENÍ A NAPLNĚNÍ CÍLŮ

### 1) reflexe klienta

R1: *“V angličtině se mi líbí **naučil** jsem se počítat anglicky pozdravit. **Líbí se mi** tady, ale někdy se **bojím** jít ven. **Bojím se** když je víc lidí po hromadě. Od 10 až 15 a víc. V angličtině mě to **bavilo**, ale moc si to **nepamatuju**. Já si to **pamatuju jen do večera** a pak už ne. **Hry** mě moc **nebaví**.“*

R2: *„docházím na konverzaci v angličtině a francouzštině, obojí mě **připravuje** na přijímací zkoušky na vysokou školu. Hodiny jsou pro mě velice **příjemné a přínosné**.“*

R3: *„cítím **zlepšení** v anglickém jazyce, **využití volného času**. Ve fotokroužku **zlepšení** ovládnutí digitálního fotoaparátu. **Zlepšení** v šachovém kroužku a dosažení 3. místa v turnaji. Spolupráce v **koletivu** je dobrá, vedení kroužků je ze strany vedení výborné. Ve fotokroužku bych chtěl **začínat na čas**, protože když pak chceme jít někam dál pak už není čas a tak chodíme stále na ta stejná místa v okolí.*

R4: *„navštěvováním hodin konverzace ve francouzštině jsem si chtěla především **zlepšit komunikaci** s blízkými lidmi. Bylo to o to náročnější, že šlo o komunikaci v cizím jazyce. Oceňuji, že vedoucí konverzace **respektovala** tuto náročnost a byla ochotná komunikovat se mnou i v češtině. Předností lektorky byla vyjimečná fundovanost **komunikovat** ve francouzštině, možná bych ocenila kdyby mě **více motivovala** k **přípravě** na konverzaci. Příjemné bylo, že lektorka nebazírovala na mluvnických pravidlech a hlavním cílem bylo **porozumění**. Oceňuji i osobnostní charakteristiky lektorky, jako je mimořádná vstřícnost, laskavost, **schopnost respektovat** druhého a **porozumění** málo srozumitelného. Lekce francouzské konverzace přispěly ke **zlepšení mého duševního zdraví**.“*

R5: *„jsem rád, že jsem mohl navštěvovat kurzy, jak dílny tak i fotokroužek, ve všech oborech jsem byl stoprocentně **spokojen** a rozhodně to **obohatilo** moje **sebevědomí**. Dříve, kdy jsem rok co rok musel navštívit psychiatrickou léčebnu v Bohnicích jsem díky organizaci Fokus, toto nemusel podstoupit a díky **denním návštěvám** Fokusu a **přítomnosti ostatních** pacientů, jsem již dejme tomu sedm let **nemusil do léčebny**.“*

## 1) reflexe odborníka z oboru psychiatrie

„Klientka z mého pohledu i v těchto programech psychosociální rehabilitace pokračovala v procesu, který u ní znám z dlouhodobé psychoterapie. Její **sklon k paranoidnímu zpracovávání vztahů**, které navazuje s autoritami, však díky **citlivosti** "soc. pracovnice" nebyl posilován, nýbrž **rozpouštěn**. Mohla si tak v podpůrném prostředí (které však již nebylo striktně psychoterapeutické) vyzkoušet celou škálu behaviorálních modelů v různých situacích podobných běžnému životu. **Úspěchy**, které zaznamenala především v jazykových kurzech, přispěly ke **zvýšení jejího sebehodnocení** a to jí **pomohlo jí se začít odpoutávat** od terapeutických skupin, do kterých které navštěvovala spíše už jen ze **strachu ze sociální izolace**.“

„Mladá klientka ze širokým záběrem zájmů, která v posledním roce po překonání těžké a dlouhé psychotické ataky **tékala od jednoho tématu k druhému**. V programech psychosociální rehabilitace dostala od socioterapeutky možnost **se ohraničit a soustředit** na několik oblastí. Přestože stále má tendenci rozšiřovat oblast svých činností do té míry, že obtížně stíhá všechny programy pravidelně, přece jen se naučila **více vnímat své časové možnosti** a po konzultaci si své činnosti více plánovat. Vzhledem k jejím plánům VŠ studia pro ni bylo důležité **zdokonalení** v jazycích (angličtina a francouzština). Nyní **si více věří**, bude však potřeba upevnit pokrok **exekutivních schopností**.“

„Klient, který žil v posledních letech v **totální izolaci**. Kromě dlouhodobého a jemu dobře známého terapeutického projektu probíhajícího vždy **týden třikrát do roka**, trávil celé dny doma se svou starou matkou. Nechal se pozvat do programů psychosociální rehabilitace, která pro něj znamenala **bezpečnější způsob kontaktu s druhými** než terapeutické programy. **Velmi uvítal možnost praktického učení se dovednostem** (práce s počítačem, cizí jazyk) a po malých krůčcích se dostával blíže i k ostatním klientům. Nyní po několika měsíčním docházení do centra psychosociální rehabilitace, začíná být **schopen běžné komunikace s druhými**.“

„Klient byl výslovně vděčný za možnost účastnit se na aktivitách Centra psychosociální rehabilitace. **Navázal tam hluboké přátelství** a kamarádské vztahy. Ty nyní rozvíjí i za hranicemi Fokusu. Je s kamarádem na chatě, pomáhá mu v obtížných životních situacích. Poznal, že může být druhým prospěšný už svojí přítomností nebo při společné práci. Tato zkušenost jej **nově orientovala v životě**. Doposud jej lákaly výzvy vydělat velké peníze a pouštěl se do **jednorázových akcí** v oblasti realit. Nedávno se však přihlásil jako dobrovolník do Sdružení uživatelů služeb duševního zdraví KOLUMBUS. **Nachází smysl a radost z drobné výpomoci, z možnosti být užitečný pro druhého**. V CPR také získal nebo

*rozvíjel dovednosti, které se mohou stát jeho zájmovou činností. Chválil fotografický kroužek.“*

### **3) vlastní reflexe vycházející ze zúčastněného pozorování**

R1: při vstupu do služby byl velmi nejistý, ve skupině se neprojevoval a byl zamlklý. Práce s tímto klientem vyžadovala častěji **individuální přístup**, protože při hodinách angličtiny pro začátečníky měl specifický způsob záznamu konverzace, kdy si každou větu přepsal samostatně, slova od sebe oddělil pomocí vodorovné čáry a pod takto upravenou větu, psal výslovnost a význam stejným způsobem. Výsledkem byly sloupce, jednotlivých slov. Postupně **dokázal najít i nové kombinace slov**. Občas jsme konverzační fráze dotvářeli, nebo měnili tak, aby byli pro klienta přijatelné, protože doslovný překlad mu nevyhovoval. Například běžně užívanou frází Can I have (a ticket, coffee...) please .... jsme nahradili Can I buy...postupně klient si **sám dokázal říct**, že hraní her mu nevyhovuje, začal více **spolupracovat se skupinou** a vstupovat do konverzace svým **osobitým a jemným humorem**.

R2: klientka **pravidelně a s časovou přesností** docházela na jazykové kurzy. V prvních hodinách anglické konverzace chtěla pracovat s textem v anglickém jazyce a procvičit se v gramatice. Později s přibývajícím důvěrou byly hodiny **více uvolněnější** a konverzační. Nejprve klientka přicházela s obecnými tématy a s postupem času i osobními. Některá z témat byla vyprávěna s **vtipem a smyslem pro humor**. Ve vyjadřování v cizím jazyce je více spontánní a dokáže reagovat i bez pomoci slovníku. **Našla si** anglicky a francouzsky mluvící **přátele**, se kterými si aktivně dopisuje nebo hovoří. **Úspěšně složila zkoušky** a obdržela certifikát na kvalifikovanou au-pair, který jí v budoucnu zvýší možnost uplatnění při hledání práce v anglicky nebo francouzsky mluvících rodinách. V současné době se klientka připravuje na přijímací zkoušky na vysokou školu v oboru anglistika a ameristika.

R3: klient navštěvoval několik aktivit a **svými nápady** obohacoval náplň jednotlivých programů. Ve skupině vystupoval do popředí jako **iniciátor** některých aktivizačních činností, ale také jako člověk, dodávající potřebnou oporu ostatním v zátěžových situacích. Rád **komunikoval a žertoval** s ostatními. Velice **úspěšný** byl v činnostech vyžadujících logické myšlení jako například hraní karetních her nebo šachů. Ve fotokroužku se projevil jeho **cit pro kompozici**. Postupně **se zapojil** jako dobrovolník do projektu patientského důvěrníka v občanském sdružení Kolombus a docházel do psychiatrických léčeben, kde pomáhal pacientům při zajišťování potřebných věcí mimo léčebnu, doprovázel je na



vycházkách a povídal si s nimi. V současné době přijal nabídku od výše zmíněného sdružení a vykonává tuto činnost na **částečný pracovní úvazek**.

R4: klientka **pravidelně docházela** na kurz francouzského jazyka, který v minulosti studovala formou samostudia a komunikací s rodilým mluvčím v jazykovém kurzu. V úvodních hodinách zaujímal roli posluchače a snažila se porozumět dialogu mezi mnou a druhou účastnicí. S postupem času se dokázala **sama aktivně zapojit do konverzace**, přicházela s **nápady** na oživení hodiny v podobě hry. V závěrečných hodinách byla schopná plynule mluvit na téma, které si **sama doma připravila** a vést jednoduchou konverzaci. Při budování vzájemné důvěry se stávala klientka otevřenější a při konverzaci vystupovala **sebejistěji**.

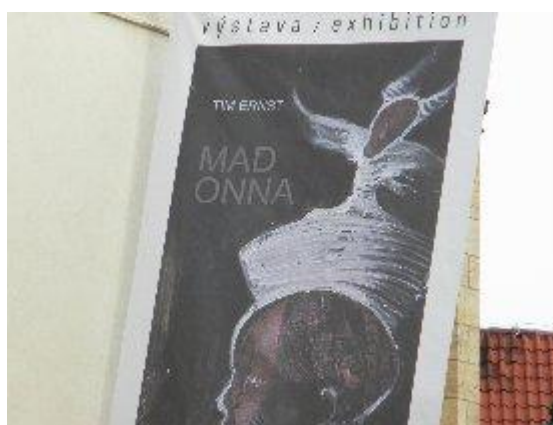
R5: klient **pravidelně navštěvoval** několik aktivizačních programů, ve kterých mohl rozvíjet svoji **kreativitu**, procvičovat kognitivní funkce a **setkávat se s ostatními lidmi**. Jeho **citlivé vnímání** a odvaha experimentovat se nejvýrazněji projevila ve fotokroužku a kreativní dílně. Zajímal se zejména o portrétní fotografii. Jeho snímky působily přirozeně a nenuceně. Fotografování klienta zaujalo natolik, že si pořídil vlastní digitální kameru, kterou se v průběhu programu **naučil** ovládat a fotografii se věnoval i ve svém volném čase. Portréty si také vybíral jako předlohu pro kreslení. Nejprve šlo o lineární kresbu, později vyzkoušel malování vodovými barvami a temperami. Ve skupině působil klidně, později přicházel s **tvůrčími nápady**, do kterých byl vtisknut klientův smysl pro **humor a sebeironii**.

## PŘÍLOHA P3 : FOTOGRAFIE

Snímky, které zde uvádím pro ilustraci, jsou fotografické mini-soubory, které vznikly během práce ve fotokroužku. Jejich tvůrci jsou účastníci aktivizačního programu.



*Obr.6. Fotosoubor- Cedula*



*Obr.7. Fotosoubor – Cedula*



*Obr.8. Fotosoubor – Cedula*



*Obr.9. Fotosoubor – Cesty*



*Obr.10. Fotosoubor – Cesty*



*Obr. 11. Fotosoubor – Cesty*



*Obr.12. Fotosoubor – zátiší města*



*Obr.13. Fotosoubor – zátiší města*



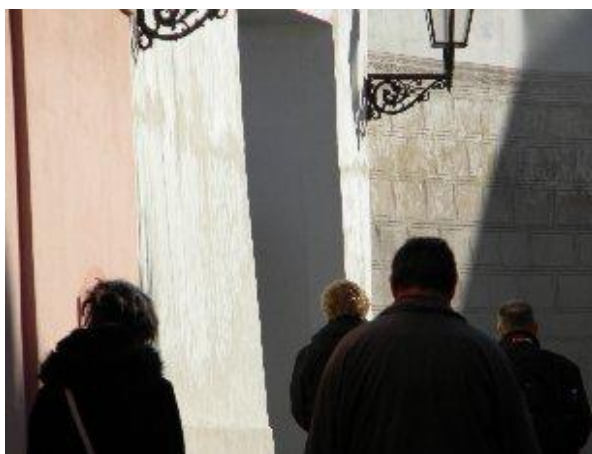
*Obr.14. Fotosoubor – zátiší města*



*Obr.15. Fotosoubor – lidé*



*Obr.16. Fotosoubour – lidé*



*Obr.17. Fotosoubor – lidé*