

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**  
**KATEDRA PASTORAČNÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE**



Bakalářská práce

Název práce: Vývoj a nové trendy v péči o lidi s duševním onemocněním

Development and new trends in the care for people with mental illness

Jméno autora: Martina Vajdová, DiS.

Katedra pastorační a sociální práce

Jméno vedoucího práce: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.

Studijní program: Sociální práce kód: B7508

Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Rok odevzdání: červen 2021

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou bakalářskou práci s názvem „Vývoj a nové trendy v péči o lidi s duševním onemocněním“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V České Kamenici

dne 14. 6. 2021

jméno: Martina Vajdová

## Vývoj a nové trendy v péči o lidi s duševním onemocněním

### Anotace:

Cílem mé bakalářské práce je zachytit vývoj a nové trendy v péči o lidi s duševním onemocněním. V úvodu se krátce věnuji pojmu duševní choroba a uvádím rozdělení duševních nemocí. Několik vybraných diagnóz duševních nemocí je zde blíže popsáno, je čerpáno z odborné literatury, zkušeností z praxe i dostupných zdravotnických statistik. Následuje popis vývoje péče o lidi s duševním onemocněním. Od starověku až po středověk si společnost vysvětlovala existenci duševní nemoci u člověka jako působení nadpřirozených sil. O péči o lidi duševně nemocné se v těchto obdobích, až na pár výjimek, ještě nedá hovořit. Situace lidí s duševním onemocněním se zlepšila až v době osvícenství. S rozvojem lékařské vědy dospěla společnost k pochopení, že důvodem duševní choroby je onemocnění mozku. Došlo k osamostatnění se psychiatrie jako oboru, dostavily se první léčebné úspěchy. Léčba se začala soustřeďovat do ústavů pro duševně choré, později do psychiatrických léčeben. Tento trend převládal do 2. poloviny 20. století. Ke konci 20. století začal proces deinstitutionalizace psychiatrické péče. Vznikly sociální služby jako například denní stacionáře, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení apod. Novým trendem pro 21. století je komunitní psychiatrická péče poskytovaná v přirozeném prostředí. Vznikají centra duševního zdraví, zde působí multidisciplinární týmy. Důraz je kladen na partnerský přístup v procesu údravy, zapojení peer-pracovníků a destigmatizaci lidí s duševní chorobou.

### Klíčová slova:

duševní nemoc, psychiatrická péče, lidé s duševním onemocněním, vývoj péče o lidi s duševním onemocněním, deinstitutionalizace, sociální služby, sociální začlenění, komunitní psychiatrická péče, destigmatizace

## Development and new trends in the care for people with mental illness

### Abstract:

The aim of my bachelor's thesis is to capture developments and new trends in the care for people with mental illnesses. In the introduction, I briefly specify the concept of mental illness and set the division of mental illnesses. Several selected diagnoses of mental illnesses, which are described here are based on professional literature, practical experience and available health statistics. The following is a description of the development of care for people with mental illnesses. From Ancient Times to the Middle Ages, society explained the existence of mental illnesses in humans as the action of supernatural forces. The care for people with mental illnesses was merely an exception during these historical periods. The situation of people with mental illnesses improved during the period of Enlightenment. With the development of medical science, society came to the conclusion that mental illnesses were caused by brain diseases. Psychiatry became a field of science with the first successful therapy treatments. Treatment began to be concentrated in mental institutions, later in psychiatric hospitals. This trend prevailed until the second half of the 20th century. Towards the end of the 20th century, the process of de-institutionalization of psychiatric care began. Social services such as Protected Housing or Support for Independent Housing, etc. were established. A new trend of the 21st century is Community Psychiatric Care provided in a natural environment. Mental health care centres are created, where multidisciplinary teams operate. Emphasis is placed on a partner approach in the process of recovery, the involvement of peer-workers and the de-stigmatisation of people with mental illnesses.

### Keywords:

mental illness, psychiatric care, people with mental illnesses, development of care for people with mental illnesses, de-institutionalisation, social services, social inclusion, community psychiatric care, de-stigmatisation.

V úvodu bych také ráda poděkovala vedoucí své práce PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. za věnovaný čas a nasměrování při psaní mé práce. Poděkování patří také mé rodině za trpělivost a podporu.

„Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný člověk někdy více než všechny léky.“  
Fjodor Michajlovič Dostojevský

## **Obsah:**

1. Úvod.
  - 1.1. Život s duševním onemocněním.
  - 1.2. Vymezení pojmu duševní choroba.
  - 1.3. Druhy duševních onemocnění a příklady z praxe.
2. Vývoj péče o lidi s duševním onemocněním.
  - 2.1. Péče o lidi s duševním onemocněním ve starověku.
  - 2.2. Péče o lidi s duševním onemocněním ve středověku.
3. Péče o lidi s duševním onemocněním v novověku po současnost.
  - 3.1. Péče od Velké francouzské revoluce po sametovou revoluci v ČR.
  - 3.2. Sociální služby, deinstitucionalizace.
  - 3.3. Současné pojetí a trendy v péči o lidi s duševním onemocněním.
4. Diskuse.
5. Závěr.

# 1. Úvod.

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma péče o lidi s duševním onemocněním. **Cílem práce je zachytit vývoj této péče a nové trendy v péči o duševně nemocné lidi.** Je zajímavé sledovat, jak se společnost v průběhu dějin s touto otázkou vypořádává, jak osoby s duševním onemocněním vnímá a jak péči o ně pojímá. S odstupem let, desetiletí, či staletí můžeme sledovat, jak tuto péči ovlivňovaly různé faktory. Mezi ty nejvýznamnější bych zařadila rozvoj vědy, zejména lékařského oboru, společenské změny, medicinalizaci a rozvoj moderních institucí nebo trendy hájící lidská práva a svobody. V současnosti máme tu výhodu, že můžeme těžit z nejnovějších moderních poznatků vědy a zároveň se z historie poučit a inspirovat se zkušenostmi z tehdejší dobré praxe, a naopak eliminovat nepovedené pokusy v oblasti péče o tuto skupinu lidí. Nejednou se tak v moderní době vrátíme k některým dobrým zkušenostem předchozích generací, které se opíraly o přirozený instinkt a zdravý selský rozum. V dějinách péče o duševně nemocné lidi existují i mnohá temná období, která byla naštěstí překonána.

V souvislosti s tím, co je za námi, můžeme nyní hodnotit současný stav péče o lidi s duševním onemocněním u nás a odhadovat, kam bude tato péče směřovat v budoucnu. Objevují se nové trendy, které mohou být pro duševně nemocné, ale i pro společnost, velmi přínosné a obohacující. Jistá rizika, hranice a etická dilemata tu však budou stále. Pro jejich odpovědné a citlivé zvažování je zapotřebí zkušených lékařů, psychiatrů, zdravotních sester a v neposlední řadě sociálních pracovníků. Jejich mezioborová a profesionální spolupráce může významně přispět ke kvalitě péče o lidi s duševním onemocněním a jejich destigmatizaci ve společnosti.

Moje první, větší setkání s lidmi s duševním onemocněním se odehrálo v mém předchozím zaměstnání. Pracovala jsem v chráněném bydlení poskytovaném církevní neziskovou organizací. Přestože jsem již v minulosti měla určitou praxi v sociálních službách, byla tato zkušenost v mnohém úplně nová a mnohé informace a dovednosti jsem musela hledat. Péče o tuto skupinu lidí byla zcela odlišná od mých předchozích zkušeností, které jsem získala například v práci s lidmi ze sociálně vyloučených lokalit. Nyní jsem se pohybovala při své práci na sociálně zdravotním pomezí, důležitá byla spolupráce s ošetřujícím lékařem a dalším pečujícím zdravotnickým

personálem. Při práci s klientem jsem najednou vyhodnocovala jiná, nová rizika a zapojovala jiné metody sociální práce než doposud.

Než se pustím do hlavního tématu mé práce, tj. vývoj a nové trendy v péči o lidi s duševním onemocněním, chtěla bych v krátkosti vymezit pojem duševní choroba a uvést rozdělení duševních nemocí podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí. Dále se budu věnovat problematice života s duševním onemocněním a lidem, kteří mají s problémy v oblasti duševního zdraví své zkušenosti. V minulém století byla péče a léčba lidí s duševním onemocněním plně v kompetencích oboru zdravotnictví. Nicméně sociální služby, které vznikaly na konci 20. století a poskytovaly péči těmto lidem, navázaly mezioborovou komunikaci a spolupráci. Trendy 21. století směřují v této péči k multidisciplinárním týmům, které koordinovaně podporují lidi s duševním onemocněním v řešení jejich problémů v zdravotně-sociální oblasti i v dalších oblastech běžného života. Proto se domnívám, že je užitečné, pokud sociální pracovníci v této oblasti mají základní přehled o duševních nemocech a jejich projevech. Samozřejmě je prospěšné i naopak, když lékaři a další zdravotníci v týmu, mají povědomí o principech sociální práce a jejích možnostech. V neposlední řadě informovanost veřejnosti pomáhá v boji proti stigmatizaci těchto lidí a strachu z neznámého. Jak uvidíme v dalších kapitolách neznalost a strach ohledně duševních nemocí vedly společnost do slepých a tragických uliček ve vztahu k lidem s duševním onemocněním.



## 1. 1. Život s duševním onemocněním.

Lidé, u kterých se v průběhu života objevily vážné psychické obtíže, jsou bez odborné pomoci často vyčleněni z plnohodnotného života, vztahů a sociálních vazeb, či pracovního života. Dochází často k narušení jejich fungování v rámci rodiny a rodina často přestane zvládat nejen péči o takto nemocného člena, ale i život s ním. Duševní nemoc negativně ovlivňuje také oblast partnerských vztahů a založení vlastní rodiny. Ohrožena je i oblast jejich pracovního uplatnění, což se odrazí v jejich materiálním zabezpečení. Lidé s duševním onemocněním bývají často zatíženi dluhy, exekucemi. Nezřídka jsou ohroženi ztrátou bydlení. Duševní onemocnění se pak objevuje také v kombinaci se závislostmi na alkoholu a jiných návykových látkách (tzv. duální diagnózy). Pokud lidé s vážnými problémy v oblasti duševního zdraví nemají odbornou péči a ani podporu rodiny nebo blízkých, nezřídka se propadnou na samý okraj společnosti. Během své práce jsem se setkala s několika lidmi, kteří i mnoho let žili na ulici, neměli ani osobní doklady, legální příjem ani zdravotní pojištění. Stigmatizace, tedy negativní dopad diagnózy na celou lidskou bytost v důsledku odsudku společnosti a sociálního vyloučení, patří k těm nejzávažnějším problémům souvisejícím s duševním onemocněním, které se týkají nejen nemocných lidí samotných, ale celé společnosti.

Velká část osob s chronickým duševním onemocněním je v péči svého psychiatra a snaží se i navzdory své nemoci žít plnohodnotným životem. I když jejich životy mohou provázet občasné nebo i časté hospitalizace v psychiatrických nemocnicích, je dnes trendem začleňovat takto postižené lidi do přirozeného prostředí. Velkou pomocí v tomto začleňování do přirozeného prostředí jim kromě péče psychiatra, rodinného zázemí mohou být i sociální služby.

## 1. 2. Vymezení pojmu duševní choroba.

Pro pracovníky v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním je základní orientace v této problematice důležitá. Sociální pracovník je zapojen v procesu přijetí zájemce do sociální služby nebo později bude pomáhat vytvářet individuální plán péče. Kromě informací, které získá od zájemce nebo jeho rodiny při sociálním šetření, bude nahlížet také do lékařské zprávy. Z ní je možné se seznámit s anamnézou zájemce o službu a charakterem jeho obtíží. Může se stát, že po prostudování žádosti a sociálním šetření vyhodnotí, že poskytovaná sociální služba nebude pro žadatele nejvhodnější. Například k přijetí do chráněného bydlení v organizaci, kde jsem pracovala bylo potřebné, aby zájemce měl takovou míru samostatnosti, aby život v chráněném bydlení zvládal víceméně samostatně s naší dopomocí. Také případná rizika související s povahou jeho obtíží a pobytem v chráněném bydlení se měla pohybovat v přijatelné míře. Při takovém rozhodování je důležitá základní orientace v oblasti duševních nemocí.

Co to je duševní nemoc? Nejdříve vnímáme odchylku v chování člověka, větší či menší odchylku od normálu. K tomu Mojmir Svoboda říká:

*„Chceme-li hovořit o psychopatologii osobnosti a o psychiatrii, nemůžeme se vyhnout otázkám normality osobnosti, duševního zdraví a přiměřeného chování. Zde se však setkáváme s obtížemi, neboť tyto otázky, věčně aktuální a palčivé, nejsou dosud uspokojivě vyřešeny. Normalita (podle Hartlova Psychologického slovníku) je nejčastěji považována za jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání.“<sup>1</sup>*

Při předpokladu, že každý jedinec je jedinečný a originální a sám sebe a okolí vnímá sobě vlastním způsobem, není jednoduché říct co je normální a co už vybočuje z normy. Je každé vybočení z konformity projevem bláznovství či šílenství? Lékařská věda udělala v posledních dvou staletích velký pokrok, učinila velké objevy. Díky novým vyšetřovacím metodám a přístrojům se zdokonalila diagnostika nemocí a lidstvo pochopilo různé souvislosti ve fungování lidského těla. Podle Mojmíra Svobody je norma chápána v historických a sociálních souvislostech. To, co je normální v naší kultuře,

---

<sup>1</sup> Svoboda Mojmir a kol., Psychopatologie a psychiatrie, str. 31-32

může v jiné kultuře vybočovat z normy. Hodnocení normality chování člověka je také ovlivněné jeho společenskou rolí. Určité další formy norem můžeme sledovat v určitých skupinách, další normu chování nám zprostředkovávají média a každý z nás má svojí individuální normu, podle které soudí sebe i okolí. Lze však najít člověka, který naprosto naplňuje ve všech ohledech za všech okolností ideál normy?<sup>2</sup>

*„Představa absolutně správně reagujícího člověka, vždy se výtečně přizpůsobujícího, který všechny situace zvládá s přehledem bez stavů úzkosti, který vždy volí tu optimální strategii, aniž by přitom upadal do pochybností a vnitřních konfliktů, představa člověka bezchybně vždy a všude fungujícího i v těch nejobtížnějších situacích, je představou jakési nelidské, abnormální normality.“<sup>3</sup>*

Ze statistik vyplývá, že počet lidí trpící duševní nemocí přibývá. Podle statistiky vybraných oborů lékařské péče, uveřejněné v Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá, že v roce 2019 vzrostl počet pacientů, ošetřených v psychiatrických ambulancích o 2,2 % oproti předchozímu roku. V roce 2019 bylo ošetřeno více než 637 tisíc lidí, v předchozím roce to bylo téměř 624 tisíc lidí (nárůst o 13 636 lidí).<sup>4</sup> Tento nárůst není ojedinělý, stoupající tendence počtu osob ošetřených v psychiatrických ambulancích lze sledovat pravidelně, jak lze zjistit z údajů zdravotnických statistik, zveřejněných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR v roce 2019. Ze zveřejněných statistik vyplývá, že za sledované roky 2010 až 2019 se jedná o pravidelný každoroční nárůst celkového počtu lidí ošetřených v psychiatrických ambulancích.<sup>5</sup> Ze statistik lze zjistit, že v roce 2019 z celkového počtu takto ambulantně ošetřených osob převládaly ženy (61 %), bylo jich 389 366. Mužů bylo v tomto období takto ošetřeno celkem 248 227 (39 %). Tuto péči lidé nejčastěji vyhledali ve věku 40-49 let, následoval věk 50-59 a 60-69 let. U obou pohlaví jednoznačně převažovala diagnóza F4 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. U žen potom byla druhá nejčastější diagnóza F32-33

---

<sup>2</sup> Svoboda Mojmir a kol., Psychopatologie a psychiatrie, str. 34

<sup>3</sup> Svoboda Mojmir a kol., Psychopatologie a psychiatrie, str. 33

<sup>4</sup> Melicharová Hana a kol., Psychiatrická péče 2019, ÚZIS ČR, str. 11, [online] URL: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8348>

<sup>5</sup> Melicharová Hana a kol., Psychiatrická péče 2019, ÚZIS ČR, str. 13, [online] URL: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8348>

Depresivní fáze a periodická depresivní porucha a následovala F0-G30 Organické duševní poruchy včetně symptomatických spolu s Alzheimerovou chorobou. U mužů byla druhá nejčastější diagnóza F0-G30 Organické duševní poruchy včetně symptomatických spolu s Alzheimerovou chorobou a následovala F8-F9 Poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a neurčené duševní poruchy. Děti do 19 let bylo ošetřeno v roce 2019 celkem 59 538 osob, z celkového počtu ošetřených osob to činilo 9 %. U skupiny dětí do 19 let věku ošetřených v psychiatrické ambulanci převažovali chlapci. U nich převažovala diagnóza F8-F9 Poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a neurčené duševní poruchy, nejčastěji se konkrétně jednalo o diagnózy F90-98 Poruchy chování a emocí. Tyto diagnózy převažovaly stejně i u dívek. Nejpočetnější skupinou dětí ošetřených v psychiatrické ambulanci byly děti ve věku 11-15 let.<sup>6</sup>

Tyto statistiky potvrdil ze své praxe i prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc, přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, který přednášel během akce Týden mozku. Během přednášky Psychiatrie a společnost uvedl, že duševních nemocí přibývá a snižuje se věk lidí nemocí stížených.<sup>7</sup> Dále uvedl:

*„Nejčastější věk při začátku choroby je v průměru 14 let, úzkostné poruchy a poruchy chování vznikají již ve věku 11 let, návykové nemoci se začínají objevovat většinou okolo 20 a afektivní poruchy kolem třicátého roku života.“<sup>8</sup>*

V současné době, kdy se společnost nesměle snaží vrátit ke svému normálu po více než ročním boji s pandemií covid19, se tyto statistiky a odhady jen potvrzují. Kromě negativních dopadů této pandemie na zdraví, lidské životy, ekonomiku se objevují a očekávají značné dopady v podobě nárůstu počtu lidí

---

<sup>6</sup> Melicharová Hana a kol., Psychiatrická péče 2019, ÚZIS ČR, str. 12, 14-15, [online] URL: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8348>

<sup>7</sup> Kolářová Zdena, *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv.* Zdravotnický deník, (cit. 21.5.2021) [online] URL: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnych-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepressiv/>

<sup>8</sup> Kolářová Zdena, *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv.* Zdravotnický deník, (cit. 21.5.2021) [online] URL: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnych-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepressiv/>

s psychickými problémy. Není divu, rizikových faktorů bylo mnoho a trvaly více než rok. Lidé zažívali sociální izolaci, mnoho lidí ztratilo svou práci a živnost, mnoho rodin přišlo o člena rodiny, poznamenána je ekonomika. Tyto statistiky a odhady budoucího vývoje dodávají vážnost snaze vytvořit kapacitně a kvalitativně dostatečnou síť pečujících odborníků – ambulantních lékařů psychiatrů, ale také sociálních služeb.

Důvodů a vysvětlení pro nárůst počtu lidí s duševním onemocněním mají odborníci několik. Pokud nyní neřešíme aktuální dopady pandemie covid19 na psychické zdraví, tak hlavním důvodem je rostoucí stres z nároků dnešní doby. Na člověka jsou kladeny velké nároky. Lidé jsou zahlceni informacemi, technologiemi, rychlým vývojem společnosti. Mají mnoho rolí, které není snadné sladit. Například ženy často řeší sladění kariéry a péče o děti a rodinu. Ze statistik vyplývá, že nejpočetnější věkovou skupinou, která vyhledá psychiatrickou péči, jsou lidé ve věku 40-49 let.<sup>9</sup> U této věkové skupiny lze předpokládat, že jsou plně v produktivním věku. Vypořádávají se s profesními nároky doby a zároveň větší část z nich pečuje o dorůstající děti nebo podporuje dospělé děti v procesu osamostatnění se. Část lidí z této věkové skupiny zároveň pomáhá a podílí se na péči o své rodiče v seniorském věku. Tito lidé řeší enormní zátěž, což může být jednou z příčin, že se mohou častěji dostavit psychické problémy. Trend doby taky klade nároky na vzhled, úspěch, stále zdraví a mládí. Také se změnil životní styl, prof. MUDr. Jirí Raboch, DrSc k tomu říká:

*„Jíme něco jiného než dříve, jinak spíme, pohybujeme se v prostředí, kde se stále svítí, na Zemi už téměř neexistuje tma, ženy rodí děti daleko později, než tomu bylo dříve, otcové jsou 50ti či 60ti letí, to všechno může mít a určitě má vliv na náš psychický stav.“<sup>10</sup>*

Dalším vysvětlením odborníků je kvalitnější a dostupnější lékařská péče, která s sebou ale také nese riziko „medicinalizaci lidského života“. Podle prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc. lze kromě skutečného nárůstu počtu duševních poruch hledat tyto další čtyři zdroje zvýšeného výskytu: psychiatrizaci lidského života, zlepšení dostupnosti lékařské péče i té psychiatrické, prodloužení délky

---

<sup>9</sup> Melicharová Hana a kol., Psychiatrická péče 2019, ÚZIS ČR, str. 14-15, [online] URL: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8348>

<sup>10</sup> Kolářová Zdena, *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv.* Zdravotnický deník, (cit. 21.5.2021) [online] URL: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnych-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepressiv/>

lidského života a osvěta. Vysvětluje to následovně: Jevům, které byly dříve nazývány jako například lenost, tréma se nyní říká deprese, sociální fobie apod. Díky dostupnější kvalitní lékařské péči se prodlužuje délka lidského života a objevují se nemoci, kterých se dříve lidé nedožili. Osvěta přispěla k lepšímu rozpoznání nemoci i mezi laiky, takže vyhledají odbornou pomoc častěji, než tomu bylo dříve.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Höschl Cyril, *Nárůst duševních poruch u dětí*, Reflex, str. 68, 2.1.2019, (cit. 15.4.2021), [online] URL: <http://www.hoschl.cz/?text=6162&lang=cz>

### 1. 3. Druhy duševních onemocnění a příklady z praxe.

Duševní poruchy a poruchy chování jsou spolu s dalšími nemocemi rozčleněny v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů do 11 kategorií (F00 – F99) – viz tab. 1.

Tab. 1.: Klasifikaci duševních poruch a poruch chování (F00-F99):

<i>„F00-F09</i>	<i>Organické duševní poruchy včetně symptomatických</i>
<i>F10-F19</i>	<i>Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek</i>
<i>F20-F29</i>	<i>Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy</i>
<i>F30-F39</i>	<i>Afektivní poruchy (poruchy nálady)</i>
<i>F40-F48</i>	<i>Neurotické, stresové a somatoformní poruchy</i>
<i>F50-F59</i>	<i>Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory</i>
<i>F60-F69</i>	<i>Poruchy osobnosti a chování u dospělých</i>
<i>F70-F79</i>	<i>Mentální retardace</i>
<i>F80-F89</i>	<i>Poruchy psychického vývoje</i>
<i>F90-F98</i>	<i>Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání</i>
<i>F99</i>	<i>Neurčená duševní porucha“<sup>12</sup></i>

V chráněném bydlení jsem měla možnost pracovat s lidmi, kteří měli diagnostikovanu schizofrenii, duševní poruchy způsobené užíváním alkoholu a jiných návykových látek, organickou duševní poruchu, mentální retardaci, mentální anorexii, poruchu osobnosti, a jiné.

Seznámení se s nejčastějšími problémy, průběhem nemoci a příznaky, pomůže lepšímu pochopení člověka – klienta, o kterého pečujeme. Jako příklad uvedu poznatky k několika druhům duševních nemocí, které mohou být pro sociálního pracovníka přínosné pro jeho práci s klientem.

---

<sup>12</sup> MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize., str. 29

## Schizofrenie

*„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí, z nichž vyplývají uvedené psychické projevy.“<sup>13</sup>*

Podle Marie Vágnerové se schizofrenie vyskytuje napříč celým spektrem lidské populace, bez ohledu na pohlaví, původ nebo sociální podmínky. Původ této nemoci není přesně známý. Existují předpoklady, že její vznik může být ovlivněn mimo jiné dědičnou dispozicí, reakcí na zátěž, specifickou zkušeností. Lidé, kteří trpí schizofrenií mají sníženou schopnost čelit situacím jako je neúspěch, zklamání, nová role nebo prostředí, odmítnutí, ztráta blízkého člověka. Projevy schizofrenie jsou rozmanité. Symptomy lze rozdělit na projevy pozitivních a negativních příznaků. Mezi pozitivní příznaky se řadí bludy, halucinace, narušená kontrola chování a katatonní projevy. Mezi negativní příznaky se řadí apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, emoční útlum, sociální distanc.<sup>14</sup>

*Vágnerová konkrétně uvádí, že „neléčený schizofrenik v akutní fázi choroby může jednat nepředvídatelným způsobem. Bludy a halucinace nelze nemocnému vylouvat nebo mu dokazovat, že se jedná o nesmysly. Toto chování by mohlo vyvolat agresivní reakci, protože nemocný se za těchto okolností cítí ohrožen“<sup>15</sup>*

Schizofrenie bývá častou duševní nemocí, se kterou se při sociální práci s touto cílovou skupinou můžeme setkat. Pokud mají takto nemocní lidé podporu rodiny nebo sociální služby, dodržují léčebný režim, zejména spolupracují s lékařem a užívají předepsané léky, mohou žít plnohodnotným životem. Relaps nemoci však může přijít, byť se člověk snaží dodržovat léčebný režim. Proto je v sociálních službách důležité doprovázení v každodenních činnostech. Významnou roli v tomto procesu hraje profesionální vztah pracovníka v sociálních službách a uživatele postavený na důvěře. Měl by tu být prostor pro bezpečné sdílení obav uživatele nebo poznatků, že se zdravotní stav zhoršuje.

---

<sup>13</sup> Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 333

<sup>14</sup> Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 334-336

<sup>15</sup> Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 339



Z dostupných dat vyplývá, že diagnóza F2 Schizofrenie byla v roce 2019 v pořadí druhou nejčastější příčinou hospitalizace, celkem bylo 5 960 hospitalizací z důvodu této diagnózy. Také lze v souladu s citovanou Marií Vágnerovou sledovat výskyt této diagnózy poměrně vyrovnaně napříč všemi věkovými skupinami a pohlavími. V roce 2019 se léčilo s touto diagnózou v psychiatrických ambulancích celkem 22 511 mužů a 24 488 žen.<sup>16</sup>

### **Kazuistika z praxe chráněného bydlení – pan Karel:**

Pan Karel (pozn.: Jména v kazuistikách nejsou skutečná jména, jsou vybrána jiná ve snaze chránit skutečnou identitu osob.), bydlel již několik let v chráněném bytě. Jeho zdravotní stav se zhoršil tak, že další setrvání v bytě chráněného bydlení by představovalo velké riziko pro něj nebo jeho okolí. Bez dobré znalosti jeho osoby, jeho zvyklostí a každodenního života, bylo docela snadné přejít počáteční náznaky relapsu. Zpočátku se během vyprávění o běžných věcech začala objevovat občasná zmatenost. Později si začal stěžovat, že při nakupování a chůzi po městě mu nadávají a pokřikují na něj místní Romové. Vzhledem k místní situaci to ale byla docela uvěřitelná situace. Proto jej opět začal na nákupy doprovázet pracovník služby. Ten však nic takového nepozoroval. Pan Karel si však často při hovoru s jinými obyvateli chráněného bydlení i pracovníky na obtěžování ze strany místních Romů stěžoval. Poté se svěřil pracovníkovi, že v sousedním bytě nad nimi došlo k trestnému činu a on to slyšel. Opět vzhledem k situaci se to nedalo jednoznačně vyloučit. Nic podobného však neslyšel jeho spolubydlící na bytě, ten však obvykle velmi tvrdě spal. Proto se pracovník obrátil na sousedy, jestli je vše v pořádku. Jednalo se o normální rodinu a nic nenavštěvovalo tomu, že by se tam něco stalo. Během několika málo dní se stav pana Karla velmi zhoršil. Jelikož byl konfrontován s tím, že nic nenavštěvuje tomu, co slyšel, byl velmi rozrušený. Ve chvíli, kdy volal o pomoc na Policii ČR, aby ho ochránili před sousedy, kteří na něj chtějí svalit vinu za trestný čin, který nespáchal, bylo jasné i po konzultaci s jeho ošetřující lékařkou, že je potřeba situaci rychle řešit. V tomto případě lékařka doporučila hospitalizaci na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Po stabilizaci stavu se již pan Karel do chráněného bydlení nevrátil, ale přijal

---

<sup>16</sup> Melicharová Hana a kol., Psychiatrická péče 2019, ÚZIS ČR, str. 14, 19, [online] URL: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8348>

možnost bydlet v domově se zvláštním režimem, kde je poskytována větší míra pomoci.

### Duševní poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek

V chráněném bydlení, kde jsem pracovala byla naše cílová skupina vymezena na osoby s chronickou duševní nemocí a osoby ohrožené závislostí. Pokud má osoba v osobní anamnéze závislost, bývá to většinou při procesu přijetí do sociální služby určitým přitěžujícím faktorem, tedy kromě sociálních služeb, které jsou naopak na tuto cílovou skupinu zaměřeny. A je pravda, že práce s nimi není jednoduchá, zejména, pokud se jedná u duální diagnózu, jak to bylo v našem případě.

Podle Vágnerové se počet lidí závislých na užívání psychoaktivních látek zjistit s větší přesností nedá. V naší kultuře je potřeba rozlišovat mezi závislostí na alkoholu a závislostí na jiných látkách. Počet lidí závislých na alkoholu stále převažuje nad závislostí na jiných látkách. V české společnosti je vůči závislosti na alkoholu poměrně vysoká tolerance. Občasné výkyvy v jeho užívání nejsou obecně považovány za vážný problém. Tento problém postihuje více muže než ženy. Počet žen-alkoholiček sice stoupá, mezi ženami převažuje sklon k užívání léků. Na vzniku závislosti se mohou podílet somatické a psychické vlastnosti jedince, ale také vlivy vnějšího okolí, například vrstevníci. Motivací pro experimentování s užíváním psychoaktivní látky může vycházet z vnitřní potřeby jedince nebo z potřeby přizpůsobení se blízkému okolí, či skupině. Pokud se člověk rozhodne k překonání své závislosti a abstinuje, nesmí již nikdy pít alkohol, ani v malých dávkách. Dalším rizikovým faktorem u člověka je existence jiné duševní choroby, např. deprese, úzkostné poruchy, schizofrenie. Zneužívání alkoholu může být podmíněno snahou člověka o řešení psychického diskomfortu, jedná se potom o sekundární alkoholismus.<sup>17</sup>

Podle zveřejněných statistik se v roce 2019 léčilo v psychiatrických ambulancích s diagnózou F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu celkem 20 264 lidí. Jak již bylo řečeno, převažovali muži a to v 65 % případů. Z hlediska věku se nejčastěji tato diagnóza objevila ve věkové skupině 40-49 let. S diagnózou F11-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek se ve stejném období takto léčilo

---

<sup>17</sup> Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 549-570

celkem 10 516 osob. Opět převažovali muži a to v 66 % případů. Podle věku se nejčastěji řešila tato závislost na psychoaktivních látkách ve věkové skupině 30-39 let. Diagnóza F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu byla první v pořadí mezi příčinami hospitalizace v roce 2019. Celkem bylo v tomto období 6 606 hospitalizací s touto diagnózou.<sup>18</sup>

Pro vytvoření bezpečného prostředí v chráněném bydlení nebylo užívání alkoholu v rámci chráněného bydlení dovolené a opakované porušení tohoto pravidla mohlo být důvodem pro ukončení smlouvy o sociální službě. Je však pravda, že tato nulová tolerance vůči alkoholu bývala nejčastěji jedním ze sporných bodů při případných kontrolách inspektorů kvality v sociálních službách. Na jednu stranu se mohlo někomu jevit, že to už je zásah do práv klienta, na druhou stranu, zažila jsem několik případů, kdy člověk s duševní poruchou byl pod vlivem alkoholu opravdu jen velmi těžko zvladatelný a významně ohrožoval pracovníka, spolubydlicího, ale i třeba spoluobčany ve městě.

#### Poruchy osobnosti a chování

Vágnerová definuje poruchu osobnosti „...jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy. Její součástí jsou nadměrně zvýrazněné některé vlastnosti osobnosti, odchylky v oblasti citového prožívání, uvažování i chování. Jejím důsledkem je narušení: osobní pohody, vztahu k sobě, hodnocení sebe samého i svého jednání; sociální adaptace, vztahu ke světu, především k jiným lidem a ke společnosti.“<sup>19</sup>

Soužití nebo práce ve skupině s osobami s poruchou osobnosti není jednoduchá. Mohlo by se zdát, že se jedná o lehčí projev nebo závažnost, v každodenním soužití a sociálních kontaktech je tomu možná naopak. Řešením zhoršeného a neuspokojivého stavu obvykle nebývala úprava medikace, někteří klienti jí ani neměli předepsanou, ale režimová opatření a jasné nastavení hranic a jejich důsledné dodržování a zařazení vhodných sociálně-terapeutických

---

<sup>18</sup> Melicharová Hana a kol., Psychiatrická péče 2019, ÚZIS ČR, str. 13-14, 19 [online] URL: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8348>

<sup>19</sup> Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 513

činností. Zajímavostí pro mě bylo také například sdílení zkušeností našeho učitele, vedoucího našich školních pastoračních praxí, že mezi lidmi ve výkonu trestu, odsouzenými za ty vážnější trestní činy, přibývá lidí s poruchou osobnosti. A práce s nimi bývá složitá.

*„Jde o trvalý stav, který s určitými výkyvy přetrvává po celý život. Náhled na nepřiměřenost vlastního chování, názorů a postojů je nedostatečný. Rezistence ke změnám, neschopnost poučit se ze zkušenosti.“<sup>20</sup>*

Typů poruch osobnosti existuje více různorodých variant, například disociální porucha osobnosti, histrionská porucha osobnosti, narcistická porucha osobnosti, a další. Pokud bychom se však domnívali, že lidé s poruchou osobnosti jsou pro svou poruchu automaticky předurčení k pozici na okraji, nemusí tomu tak vždy být. Se zajímavými myšlenkami a postřehy přišel na své přednášce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v rámci cyklu Přemýšlivá sezóna, známý český lékař a publicista MUDr. Jan Hnízdil:

*„Celý náš společenský systém je založen na dravosti, bezohlednosti, individualismu a neustálém ekonomickém růstu za každou cenu. A právě tento patologický model je ideální živnou půdou pro psychopaty, kteří jej dokonale doplňují a rozvíjejí. Je dokázáno, že čím vyšší mocenská pozice, tím větší procento psychopatů.“<sup>21</sup>*

Hnízdil k tomu ještě upřesňuje, že lidí v běžné populaci s poruchou osobnosti se vyskytuje zhruba pět až sedm procent. Mezi vrcholovými politiky, manažery a lídry může být poměr obrácený, tzn., že je mezi nimi zhruba jen pět procent lidí normálních. Psychopatie není nemoc, je to defekt. Jedná se o defekt, kdy tito lidé nemají vyvinutá funkční mozková centra a v důsledku toho nepociťují soucit, pocit svědomí, stud.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 513

<sup>21</sup> Kadeřábková Milada, *Psychopat ve vládě funguje jako vlk. Rozdělí stádo a pak ho zničí, říká Jan Hnízdil*, publikováno ve Flowee, 2.2.2020 (cit. 20.5.2021), [online] URL: <https://www.flowee.cz/clovek/7352-psychopat-ve-vlade-funguje-jako-vlk-rozdeli-stado-a-pak-ho-znici-rika-jan-hnizdi>

<sup>22</sup> Kadeřábková Milada, *Psychopat ve vládě funguje jako vlk. Rozdělí stádo a pak ho zničí, říká Jan Hnízdil*, publikováno ve Flowee, 2.2.2020 (cit. 20.5.2021), [online] URL: <https://www.flowee.cz/clovek/7352-psychopat-ve-vlade-funguje-jako-vlk-rozdeli-stado-a-pak-ho-znici-rika-jan-hnizdi>

## 2. Vývoj péče o lidi s duševním onemocněním.

### 2. 1. Péče o lidi s duševním onemocněním ve starověku.

Ve starověku (3 500 př. n. l. – 5. stol. n. l.) bylo lidské poznání založené převážně na předávání tradic z generace na generaci. Jevy a situace, kterým lidé nerozuměli, si dávali do souvislosti s nadpřirozenými silami. Ať se jednalo o přírodní úkazy nebo jevy spojené s lidským životem, počítím, smrtí, úspěchem, zdravím či nemocí, aj. Nejednalo se tedy o poznání a zkoumání jevů prostřednictvím vědy, ale spíše za pomoci přírodních náboženství. Mezi národy a kmeny byla rozšířena řada polyteistických náboženství a různých kultů. Kněží těchto náboženství měli usmířovat svá božstva a vyprošovat zdar, uzdravení, úrodu, odvrácení neštěstí, plodnost, aj. prostřednictvím různých rituálů, či přinášení různých obětí a darů pro svým božstvům. V tomto období vzniká také judaismus – židovské náboženství, později z jeho dědictví čerpá křesťanství a posléze vzniká islám. Tato náboženství se někdy nazývají Abrahámovská, protože se odkazují k praotci Abrahamovi a na rozdíl od ostatních soudobých náboženství, jsou to monoteistická náboženství, která věří v jednoho Boha.

Jak jsem již uvedla výše, lidé v tomto období si věci vysvětlovali za pomoci náboženství. Podle Markové lidé hledali příčinu existence duševní nemoci v působení nadpřirozených mocností. První zmínky o péči o duševně nemocné lze najít ve starém Egyptě, která spočívala v nošení amuletů a provádění rituálních magických obřadů, které měly nemocného zbavit zlých démonů.<sup>23</sup> Objevují se i snahy o léčení nebo zmírnění obtíží nemocného za pomoci různých bylin např. čemeřice, konopí, plodů kaktusů a dalších.<sup>24</sup> Velký význam v tomto období zaujímal antické Řecko a později Římská říše. Antické Řecko mělo na svou dobu vyspělou kulturu a v této době byly položeny základy k mnoha společenským odvětvím a vědním oborům, jako například filosofie, lékařství, matematika a mnohé další. I v Řecku zpočátku panovala praxe vyhánění zlých démonů při léčení duševně nemocných. To byl úkol tehdejších

---

<sup>23</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 24

<sup>24</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 24

kněží. S nástupem řeckých filozofů a vědců se začaly objevovat zásadní a přelomové myšlenky v této oblasti.<sup>25</sup>

*„Pythagoras (6. stol. př. n. l.) byl prvním filozofem, který prohlásil, že mozek je sídlem rozumu a že duševní nemoci jsou onemocněním mozku (Vencovský, 1983, cit. z Markové). Nejvýznamnějším řeckým lékařem byl bezpochyby Hippokrates (5. stol. př. n. l.), který se jako první odpoutal od mystického pojetí duševní choroby a snažil se duševní nemoci vysvětlovat svou humorální teorií. Hippokrates kladl důraz na klinické pozorování a snažil se vznik duševních chorob vysvětlit materialisticky, přirozeně, a ne ho připisovat působení démonů. Nepřímo tak položil základy rozvoji vědeckého pohledu na duševní onemocnění.“<sup>26</sup>*

Pokud se tedy nabízelo jiné vysvětlení původu duševní nemoci, než působení zlých sil a objevovala se myšlenka, že je to způsobené nemocí mozku, jak se tedy snažili o léčbu? Na pomoc nebyla psychofarmaka, takže využívali výtažky z bylin a jiných rostlin a také se objevily metody za pomoci šoku, muzikoterapie, aj.<sup>27</sup>

Další důležitou civilizací, či národem, který se v tomto období zformoval, byl židovský národ. Z jeho dědictví čerpalo a vycházelo později křesťanství. Jak tato kultura vnímala duševní nemoc a jak pojímala péči o nemocné? V Bibli můžeme najít několik příběhů, či drobných náznaků, které o tomto tématu hovoří. V 1. Samuelově, 16. kapitole, verši 14-17,23. se píše:

*„Duch Hospodinův odstoupil od Saula a přepadal ho zlý duch od Hospodina. Proto Saulovi jeho služebníci navrhli: Hle, přepadá tě zlý duch od Boha. Ať náš pán poručí svým služebníkům, kteří jsou před ním, aby vyhledali někoho, kdo umí hrát na citaru. Bude na ni hrát, kdykoli na tebe dolehne zlý duch od Boha, a bude ti dobře. Saul tedy poručil svým služebníkům: Vyhlédněte mi někoho, kdo dobře hraje, a přiveďte ho ke mně! Kdykoli na Saula doléhal duch d Boha, bral David citaru a hrál na ni. Saulovi to přinášelo úlevu a bylo mu dobře, zlý duch od něho odstupoval.“<sup>28</sup>*

Co krále Saula trápilo? Nevíme, můžeme pouze spekulovat, jestli šlo o deprese, úzkosti nebo něco jiného. Příběh je zaznamenán v kontextu soudobého chápání,

---

<sup>25</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 24

<sup>26</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 24

<sup>27</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 24

<sup>28</sup> Bible, 1. Sam. 16,14-17 a 23

tzn., že tato nemoc, či obtíže jsou způsobeny zásahem shůry. Zajímavé je také, že tento text potvrzuje využívání terapeutické metody, která využívána dodnes a tou je muzikoterapie. Také u proroka Daniele je zaznamenán příběh o králi Nabúkadnesarovi, který byl mocný a vlivný, a to až tak, že začal být domýšlivý. Zdál se mu sen, který ho znepokojil. Prorok Daniel mu sen vyložil a předpověděl mu, že mu bude dáno jiné srdce – zvířecí, dokud neuplyne sedm let. To bude znamením, že nejvyšší moc má Bůh a svěruje ji, komu chce. A podle příběhu se tak stalo:

*„Byl vyhnán pryč od lidí, pojídal rostliny jako dobytek, jeho tělo bylo skrápěno nebeskou rosou, až mu narostly vlasy jako peří orlům a nehty jako drápy ptákům. Když uplynuly ty dny, pozdvihl jsem já Nabúkadnesar své oči k nebi a rozum se mi vrátil.“<sup>29</sup>*

Tento příběh opět potvrzuje chápání změněného duševního zdraví v souvislosti se zásahem Vyšší moci. A poslední velmi působivý příběh je popsán v Novém zákoně a byl zřejmě pro zúčastněné natolik silný, že je popsán hned v několika evangeliích, v Mt 8,28-34, v Mk 5,1-20 a v Lk 8,26-39. Je to příběh o zoufalém muži, který je popisován jako posedlý, nenosil oděv nebydlel v domě a bydlel v jeskyních, kde se tenkrát pohřbívalo. Lidé se ho báli a když ho přepadaly jeho záchvaty, bil do sebe kamením a ve dne v noci křičel. Lidé ho poutali řetězy, ale neměli sílu ho zklidnit. Když se setkal s Ježíšem, Ježíš ho uzdravil, vyhnal z něj nečisté duchy a příběh dramaticky popisuje scénu, kdy nečistí duchové vešli do stáda vepřů, a to se zřítilo ze srázu do moře. Uzdravený muž se začal chovat rozumně a vrátil se k lidem a ke své rodině. Popis jeho obtíží je podobný obtížím, které se mohou objevit u duševně nemocného člověka. Přesto četba těchto veršů na mě činí dojem, že jde o spirituální problém. Byl ten člověk duševně nemocný nebo měl spirituální problém? Nevím, uvědomuji si, jak jsou v životě člověka tyto oblasti propojené a při jejich chápání hraje roli také naše teologické porozumění věcem. Zejména při pastorační péči duševně nemocným je zapotřebí citlivost a možná i dost zkušeností i opatrnosti.

---

<sup>29</sup> Bible, Daniel 4, 30–31

### **Kazuistika z oblasti pastorační péče – paní Jana:**

Situaci, kterou chci ve druhé kazuistice popsat, se odehrála v devadesátých letech minulého století. Byla to léta krátce po sametové revoluci v roce 1989. Církev již mohla opět aktivně působit ve společnosti. Vznikaly i nové církve nebo hnutí, ze zahraničí se k nám bez omezení mohla dostat literatura. Mnoho lidí tenkrát uvěřilo a stalo se křesťany. Mezi nimi byla i jedna mladá žena, paní Jana. Měla dvě malé děti, rodinu, chodila do práce. Léčila se s duševní nemocí, užívala předepsané léky a byla stabilizovaná. Církev, do které začala chodit, byla krátce založená a tenkrát ovlivněná křesťanským učením „hnutí víry“. Toto učení dává důraz na víru, na doslovné chápání Bible, na projevy Boží moci. Trochu zjednodušeně řečeno Boží požehnání přináší zdraví, úspěch, prosperitu a pokud se v životě věřícího objeví třeba nemoc nebo prohra, chudoba, tak příčina se vysvětluje nedostatkem víry, hříchem nebo dokonce útoky zlých sil. Paní Jana byla zpočátku velmi nadšená a víra jí dodala novou odvahu a sebedůvěru. Protože se cítila velmi dobře a zřejmě i pod vlivem učení „hnutí víry“ se rozhodla, že vysadí léky. Přišel relaps nemoci. Po nějakou dobu nebyla schopna se starat o děti, chodit do práce a nějakou dobu trvalo, než se její stav stabilizoval. To byl docela smutný příběh. Myslím, že vhodná pastorační péče může nemocnému velmi prospět, vždyť kdo jiný lépe rozumí složitosti naší duše než její Stvořitel. Je však zapotřebí citlivost a aspoň základní povědomí o povaze obtíží nemocného. Je dobré povzbuzovat člověka s duševním onemocněním ke spolupráci s jeho psychiatrem a případné změny v medikaci by neměl člověk s duševním onemocněním dělat bez jeho vedení a průběžné kontroly.

A ještě bych v souvislosti s pohledem židovské kultury na problematiku zmínila jeden pokrokový pohled.

*„Objevovaly se však též názory velmi pokrokové. Vencovský uvádí ten, který je vyjádřený v Talmudu. Je v něm zmínka, že duševně nemocní nejsou zodpovědní za své činy, a proto nemohou být soudně stíháni a trestáni (Vencovský, 1983, cit. z Markové).<sup>30</sup> Tato myšlenka byla o mnoho let později akceptována.*

---

<sup>30</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 25



Pokud bychom tedy chtěli shrnout postoj a péči o duševně nemocné ve starověku, lze říct, že lidé přisuzovali duševní nemoc působení nadpřirozených sil. Lidí duševně nemocných se báli a pokud péči o ně jejich nejbližší nezvládali, tak je izolovali a drželi je v ústraní od společnosti.<sup>31</sup> I když se objevovaly některé snahy nemocným pomoci, třeba podáváním bylin nebo pomocí terapeutických metod, spíše to byly výjimky a o péči o duševně nemocné se v této době ještě nedá hovořit.

## 2. 2. Péče o lidi s duševním onemocněním ve středověku.

V období středověku (přibližně 5.– 15. stol. n. l.) se v Evropě, šířilo křesťanství. Z původně pronásledovaných křesťanských sborů se stala mocná instituce s politickým vlivem a své místo v ní později často hledali lidé nejen kvůli víře, ale pro osobní prospěch nebo za účelem získání vlivu. Velkým přínosem křesťanství pro tehdejší společnosti byl apel na péči o potřebné. V této době vznikaly první sirotčince, chudobince, a další zařízení, které tehdy zakládala a vedla církev. Podle Markové v pohledu na osoby s duševně nemocné převládalo přesvědčení, že jsou posedlé a ovládané ďáblem. Řešení jejich problému bylo v kompetenci kněží, kteří se jej snažili řešit exorcismem (vymítání ďábla).<sup>32</sup> „*Bludy a halucinace byly pokládány za projevy čarodějnictví, které nelze společností tolerovat, a postižení lidé tak byli odsuzováni k upálení (Porter, 2006, cit. z Markové).*“<sup>33</sup> Lidé duševně nemocní žili v nedůstojných podmínkách, a přestože také patřili mezi potřebné, z této péče byli ještě vyloučeni. Jejich situaci komplikovalo právě tehdejší nazírání na ně, ne jako na nemocné, ale jako na posedlé. Převažovaly tendence spíše chránit

---

<sup>31</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 25

<sup>32</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 25

<sup>33</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 25

společnost před těmito jedinci. Tato ochrana měla různé podoby, např. běžným zvykem bylo nalodění šílených jedinců na loď bláznů.<sup>34</sup>

*„Takové lodě naložené blázny a plující od města k městu totiž skutečně existovaly. Z šílenců se tehdy snadno stávali tuláci. Městské úřady je vyháněly za hradby, nechávaly je pobíhat krajinou. Často byli předáváni lodníkům: v r. 1399 dostali námořníci ve Frankfurtu za úkol zbavit město šilence, který se procházel ulicemi nahý. Loď bláznů přistávající u břehu byla pro evropská města patrně častým obrázkem.“<sup>35</sup>*

Další metodou bylo přijímání lidí s duševním onemocněním do předpsychiatrických institucí, kde o ně bylo postaráno, např. známá byla tzv. Věž bláznů v Caen. Takto se města starala o své občany.<sup>36</sup> V tomto lze již spatřovat náznaky jakési snahy o pomoc lidem duševně nemocným.

V závěru této dějinné etapy se objevily pro další vývoj důležité události a hnutí. V církvi se ozývaly hlasy volající po návratu k biblickému poselství a očištění církve, které vedly k reformačnímu hnutí. Ve společnosti se objevily i první náznaky odmítnutí středověkých církevních dogmat i praxe. Renesance znovu objevuje a navazuje na některé myšlenky starověkého Řecka. Znovu se vrací k zájmu o filozofii, zejména o dílo filozofa Platóna. Marková a Petr k tomu uvádějí:

*„Silnější odpor vůči církevním dogmatům, který se dotkl také péče o duševně nemocné, lze zaznamenat v 15. století. Města zřizovala první neklášterní azyly pro nemocné a za péči o duševně choré vybírala od cechů a příbuzných poplatky.“<sup>37</sup>*

---

<sup>34</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 26

<sup>35</sup> Foucault Michel, Dějiny šílenství v době osvícenství, str. 13

<sup>36</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 25-26

<sup>37</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetřovatelství v psychiatrii, str. 26

### **3. Péče o lidi s duševním onemocněním v novověku po současnost.**

#### **3. 1. Péče od Velké francouzské revoluce po sametovou revoluci v ČR.**

Doba osvícenství v 17. – 18. století přinesla odklon od církevních dogmat a církevní autority. Důraz byl dán na zkoumání jevů rozumem a pomocí vědních oborů, které vznikaly a rozvíjely se.

Podle Markové řešila společnost problémy s nezvladatelnými duševně nemocnými jedinci tím, že byli umístěni do vězení. A přestože se objevují v péči o duševně nemocné pokrokové myšlenky a prvky, například náznaky první sociálně právní ochrany a pokusy o terapeutický přístup, tak stále ještě tito lidé žili ve velmi nedůstojných podmínkách. Převažovala snaha ochránit společnost před nebezpečnými jedinci, a proto takoví jedinci byli uvězněni. Michel Foucault, francouzský filozof a psycholog, toto období 17. – 18. století charakterizuje jako období velkého uvěznění.<sup>38</sup>

Pomyslný přelom v dějinách a také v péči o lidi duševně nemocné přináší období Velké francouzské revoluce roku 1789. V duchu nových humanistických myšlenek přichází změny také do péče o lidi duševně nemocné. Stále více se uplatňuje terapeutický přístup při péči o nemocné. Duševní nemoci se již nepřipisují démonickému původu a stávají se předmětem bádání a zkoumání. Také se objevuje myšlenka, že se duševní nemoci dají léčit. Vznikají první psychiatrické nemocnice a duševně nemocným se začíná dostávat důstojnější péče.<sup>39</sup>

*„Radikální změna v organizaci péče o duševně choré je spjata především se jménem pařížského lékaře Phillipa Pinela, který působil na přelomu 18. a 19. století. Pinel zavedl do psychiatrických zařízení lidsky důstojný ošetrovatelský režim. Vystoupil proti používání omezovacích opatření a násilí a prosazoval zavedení terapeutického režimu a léčbu prací.“<sup>40</sup>*

---

<sup>38</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetrovatelství v psychiatrii, str. 26-27

<sup>39</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetrovatelství v psychiatrii, str. 27-28

<sup>40</sup> Marková Eva, Tomáš Petr a kol., Ošetrovatelství v psychiatrii, str. 27

Starost o duševně nemocné se přesouvá do rukou lékařů a tento obor prožívá rozvoj. Duševní nemoci jsou posuzovány jako nemoc a pozornost je nyní zaměřena na hledání tělesných i jiných příčin a snah o léčbu. Dostávají se první úspěchy v léčbě, ale také zájem odborníků i veřejnosti.

O publicitu a pozitivní změnu v jednom zařízení pro duševně nemocné ženy se zasloužila na konci 19. století novinářka Nellie Bly. Pracovala pro deník New York World a chtěla napsat reportáž z ústavu pro duševně nemocné na newyorském Roosevelt Island. Předstírala proto duševní chorobu a nechala se zavřít do tohoto zařízení. Na vlastní kůži se přesvědčila, že poměry, ve kterých tu ženy žily, byly velmi špatné. Ženy jedly zkažené jídlo, dlouhé hodiny měly tiše sedět na lavicích a pro hygienu byly k dispozici jen kbelíky se studenou vodou. Byla tu běžná praxe přivazování klientek k posteli, pokud byly označeny jako nebezpečné a běžné bylo i jiné hrubé zacházení s klientkami. Nellie Bly se po deseti dnech z tohoto ústavu dostala ven a popsala své děsivé zážitky v reportáži a později i ve své knize *Ten Days In A Mad House* (v překladu *Deset dní v blázinci*). Svým svědectvím pomohla ke změně poměrů v tomto zařízení i osvětě společnosti v otázce péče o duševně nemocné.<sup>41</sup>

Péče o duševně nemocné se tedy přesunula do rukou lékařů a do psychiatrických ústavů a nemocnic. V tomto způsobu péče se pokračovalo do 70. - 80. let 20. století. Tento trend souvisel s důvěrou ve vědu, lékaře i medicínu samotnou. Lékařská věda byla v rozkvětu a slavila úspěchy. Objevují se ale i jiné pohledy na vítězství lékařské vědy a rozumu v oblasti psychiatrické péče. Jedním z autorů, který nabízí odlišný pohled na tuto problematiku byl francouzský psycholog, filozof a sociolog Michel Foucault (1926-1984). Podle něj se společnost a lékařská věda jako by popasovala s touto neprůhlednou a možná nebezpečnou oblastí. Rozum konečně nastolil řád a přehled v tom chaosu nerozumu. „*Řeč psychiatrie – což je monolog rozumu o šílenství – se nemohla ustavit jinak než právě na tomto mlčení.*“<sup>42</sup> A tak každý, kdo nyní nezapadne do normálu, může být zařazen do příslušné kategorie nebo čísla diagnózy. Nebo se

---

<sup>41</sup> Knotková Simona, *Odvážná novinářka se dobrovolně nechala zavřít do blázince. Zažila deset dní hrůzy*, publikováno v internetovém portálu extraStory, 7.12.2018 (cit. 20.5.2021), [online] URL: <https://www.extrastory.cz/odvazna-novinarka-se-dobrovolne-nechala-zavrit-do-blazince-zazila-deset-dni-hruzy>

<sup>42</sup> Foucault Michel, *Dějiny šílenství v době osvícenství*, str. 6

jen zmenšila tolerance člověka vůči tomu, co jiné, vybočující? Určitý typ projevu moci - „moci rozumu“ se uplatňuje už tím, že člověk škatulkuje ve smyslu: „ty jsi duševně nemocný, já jsem zdravý“. „*Tím, že druhého strčíš do blázince, svůj rozum nedokážeš.*“<sup>43</sup> Podobná myšlenka je námětem filmu „Podivný experiment“, který byl natočen podle předlohy spisovatele E. A. Poea. Hlavní postavou byl čerstvě vystudovaný lékař Edward, který na konci 19. století přichází na praxi do ústavu pro choromyslné, který ležel v odlehlém místě hor. Tady ho provází představený ústavu doktor Lamb, který je příkladem osvětleného přístupu. Je vůči chovancům vstřícný a vede k tomu i svůj tým. I přesto je ovšem doktor Edward svědkem v té době běžných procedur, například spoutávání, proudy ledové vody, elektrošoky nebo lobotomie. Doktor Edward postupně rozplétá hrůzná tajemství – psychiatrický ústav ovládli pacienti. Skutečný personál i ředitel jsou uvězněni ve sklepení ústavu a jsou vystaveni procedurám, které předtím prováděli pacientům oni.

Role a společenský status lékaře se stává v 19.-20. století společensky uznávaným. Tento trend jde v souladu se společenskými změnami, zejména s institucionalizací, či později s medicinalizací lidského života. Péče o duševně nemocné je více profesionální, ale vedle přínosů se objevují i stinné stránky takovéto péče. Zatímco dříve se na péči, byť nedokonalé, podílela rodina a komunita v přirozeném prostředí, nyní jsou nemocní koncentrováni na určených místech mimo přirozené prostředí. Vzniká pomyslná zeď mezi světem „zdravé společnosti“ a prostředím ústavní či zdravotní péče. Taková separace není přirozená a prospěšná ani pro jednu z těchto společností. Překročit pomyslnou zeď z ústavu ven mezi „zdravé“ nebylo snadné. I kdyby rodina chtěla pečovat o nemocného doma, neměla k dispozici mnoho podpůrných opatření, například v podobě cílených sociálních dávek nebo sociálních služeb. Pokud se vžijí do těchto malých možností klienta v této ústavní péči, začlenit se zpět do přirozeného prostředí, tak mě to vede spíše k úvahám o rezignaci klienta, než k jeho motivaci na zlepšení nebo uzdravě. Dalším problémem, které takové soužití větší skupiny lidí s podobnými problémy přináší, je nutnost nastavení režimových opatření. Pro zvládnání života v ústavním typu zařízení není dost dobře možné, aby si jeho obyvatel dělal, co chce, v čase, kdy chce. Aby soužití

---

<sup>43</sup> Foucault Michel, Dějiny šílenství v době osvícenství, str. 5

takové skupiny fungovalo, je potřeba mít řád a režim. Je běžné, že jsou stanoveny časy, kdy se vstává, kdy je noční klid, kdy se podává jídlo, kdy je hygiena, a další činnosti.

**Kazuistika z procesu adaptace v domově se zvláštním režimem po dlouhodobém pobytu v nemocniční psychiatrické péči – paní Alena:**

Paní Alena strávila v psychiatrické nemocnici 17 let svého života. Před propuknutím duševní nemoci měla tři děti. Jedno z dětí v nízkém věku zemřelo. Partnerské a širší rodinné vztahy nebyly zcela funkční. Když jí propukla duševní nemoc, byla hospitalizovaná a pobyt byl dlouhodobý. Paní Aleně byl nabídnut pobyt v domově se zvláštním režimem. Přijala nabídku a po 17 letech života v psychiatrické nemocnici se přestěhovala do této sociální pobytové služby. Každé ráno brzy vstala, oblékla se a do igelitové tašky zabalila nejnnutnější věci na den, zamkla pokoj a začala kolovat po chodbě. Po několika dnech se jí pracovnice domova ptala, proč každé ráno brzy opustí pokoj a koluje po chodbě. Byla na to zvyklá, takový měli režim. Paní Alena se zapojovala do společných aktivit, přijímala pobídky zvenčí. Málokdy však realizovala nějakou činnost ze svého popudu, byla pasivní. Byla zvyklá se zapojovat do činností a režimu, který připravili druzí. Co si užívala nejvíce v novém domově, byl čas individuálně strávený s pečovatelkou, která se jí věnovala.

Režim potřebný pro zvládnutí ústavního života však odporuje rozvoji a uplatňování osobní individuality jejich uživatelů. Také poměr mezi počtem pracovníků ústavu a počtem klientů neumožňuje věnovat mnoho času individuální péči nebo individuálním sociálně-terapeutickým činnostem s klientem. A pokud si dovedeme představit dlouhodobější pobyt a život v takové větší skupině a kolektivu, tak si lze představit, že nutně dochází k napětím mezi jeho obyvateli. Podle zveřejněných dat bylo v roce 2019 evidováno celkem 471 dlouhodobých hospitalizací trvajících déle než 10 let a jsou evidovány v 11 zařízeních.<sup>44</sup> Napětí a problémy, související s takovým kolektivním soužitím, by se daly očekávat i u lidí zdravých, natož u lidí trpících duševní chorobou nebo

---

<sup>44</sup> Melicharová Hana a kol., Psychiatrická péče 2019, ÚZIS ČR, str. 26 [online] URL: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8348>

poruchou. Pro udržení klidu a bezpečného prostředí se občas využívalo i navýšení medikace, autoritativního jednání personálu a restriktivních opatření. Tuto problematiku psychiatrických nemocnic zkoumal a popsal v 60. letech v USA Erwing Goffman (Goffman, 1961). Přirovnává psychiatrické léčebny, ale i věznice, ústavy sociální péče, a další podobné zařízení k „totální instituci“.<sup>45</sup>

*„Pobyt v totální instituci je spojen se ztrátou osobní identity, ztrátou respektu a důstojnosti, rizikem ovládnutí. Totální instituce (volně podle Goffmana) se vyznačuje některými vlastnostmi: Všechny sféry života rezidentů (soukromé i pracovní) jsou soustředěny do jednoho prostředí, jež je oddělené od vnějšího světa – v civilním životě jsou sféry odděleny. Rezidenti tvoří „homogenní“ populaci, obvykle se jedná o velké množství jedinců, mezi nimiž se příliš nerozlišuje. Jsou personálem vnímáni podle své role – pacient (diagnóza), chovanec, vězeň, klient domova pro seniory.“<sup>46</sup>*

Pro dokreslení situace a atmosféry psychiatrické léčebny, vedené v tomto duchu totální instituce, si lze vybavit americký oscarový film režiséra Miloše Formana „Přelet nad kukaččím hnízdem“, který byl natočen v roce 1975. Hlavní postava příběhu je Randle Patrick McMurphy, který se nechá zavřít do psychiatrické léčebny. Původně plánoval, že v léčebně snadněji odpyká svůj trest. Narazí tady však na autoritativní vrchní sestru Ratchedovou, která vládne ústavu. McMurphy se vzepře zdejšímu režimu a svou vůlí k životu a osobitostí „nakazí“ i ostatní „ušlápnuté“ obyvatele léčebny. V Československu natočil v roce 1991 Filip Renč psychologické drama „Requiem pro panenku“, které také upozorňuje na odvrácenou tvář ústavní péče a zneužití pravomocí vůči klientům. Film zachycuje drama mladé dívky Mariky, která se dostane nedopatřením do ústavu pro mentálně postižené dívky. Zde panují otřesné poměry, je zneužívána moc vůči svěřenkyním. Drama končí tragédií, když Marika v zoufalství podpálila ústav a 26 mentálně postižených dívek v něm uhořelo.

Péče o duševně nemocné se tedy stala profesionální, probíhala na určených místech, většinou oddělených od přirozeného prostředí, zajišťovali jí lékaři, zdravotní sestry, případně další pomocný personál. Péče byla vedena v zájmu poskytnutí té nejlepší profesionální péče z pohledu institucionalismu a medicinalizace. Tato péče v tomto smyslu poskytla to nejlepší, ale narazila na

---

<sup>45</sup> Křížová Eva, SOS – Sociologie pro pomáhající profese, str. 118

<sup>46</sup> Křížová Eva, SOS – Sociologie pro pomáhající profese, str. 118

své limity a hranice. Neumožňovala člověku rozvíjet svou individualitu a uplatňovat svobodnou volbu ve svém životě a vedla k sociálnímu vyloučení. Lze říct, že v určitých oblastech narážela na porušování lidských práv a svobod. A právě téma dodržování lidských práv a svobod silně rezonovalo ve společnosti ve druhé polovině 20. století. Připomeňme si například vznik Charty Spojených národů v roce 1945, Všeobecné deklarace lidských práv z roku 1948, Úmluvy o ochraně lidských práv a svobod z roku 1950, Evropské sociální charty přijaté v roce 1961, a další. V tehdejší ČSSR tato témata lidských a občanských svobod narážela i na nedemokratický režim. V listopadu roku 1989 došlo v ČSSR k sametové revoluci a naše republika se mohla připojit k demokratickým státům a hlasy volající po uplatňování lidských práv a svobod se mohly rozeznít naplno. A samozřejmě ani oblast zdravotní a sociální péče se nevyhnula volání po dodržování lidských práv a svobod.

### **3. 2. Sociální služby, deinstytucionalizace.**

Období po sametové revoluci se neslo ve znamení mnoha změn. Svoboda občanská, politická byla často skloňovaným pojmem. Zvláště v prvních letech byla cítit velká sounáležitost lidí. Kromě lidí, kteří se oficiálně ujali vedení státu, se probudila občanská společnost. Oblast o sociálně potřebné, která byla do té doby centrálně zabezpečovaná institucemi, se také pozvolna začala proměňovat. V souvislosti se společenskými změnami bylo stále více zřejmé, že i lidé sociálně potřební mají právo na prožití kvalitního, plnohodnotného a důstojného života ve svém přirozeném prostředí. Už nebylo tak nemožné, že by se vlastní rodina postarala o svého seniora nebo například o postižené dítě. Podporu mohla taková rodina čerpat například v pomoci příspěvku na péči o blízkou osobu nebo příspěvku na úpravu bariér v bytě, a jiných prostředků podpory. V tomto období také vznikalo mnoho neziskových organizací a nových, zajímavých projektů. Zapojit se do různých aktivit mohla znovu i církev. Různé spolky a neziskové organizace vznikaly spontánně a někdy i trochu živelně a lidé v nich zapojení vykazovali kus nadšení. Nebylo například neobvyklé, že na počátku roku



pracovali pracovníci jako dobrovolníci a celá organizace čekala na schválení a přidělení dotace na svou činnost. Vznikla poptávka v tomto oboru po nových profesích, po nových typech vzdělávání zaměstnanců. Začaly vznikat a rozvíjet se rozmanité sociální služby.

Prvotní období, které se neslo ve znamení nadšení a jisté živelnosti, vystřídaloby období, kdy se začaly sociální služby plánovat. Začala se zjišťovat jejich poptávka a potřebnost v dané lokalitě, později se začaly tvořit komunitní plány. Také bylo potřebné definovat, nastavit a kontrolovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb. V roce 2006 byl přijat zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Pro tento Zákon o sociálních službách je typické, že klade důraz na snahu sociálně začleňovat uživatele služby do přirozeného prostředí, vracet a zvyšovat jeho kompetence, a vést ho k samostatnosti, poskytovat sociální službu profesionálně a s ohledem na klientovu individualitu, lidskou svobodu a důstojnost. Zákon k tomu ve svém paragrafu 2 praví:

*„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“<sup>47</sup>*

Sociální práce je živý, samostatný a vyvíjející se obor, který vznikl vedle dalších oborů. Při případové práci může docházet k vzájemnému prolínání oborů. Sociální služby si zpočátku musely svůj status rovnocenného partnera mezi dalšími obory obhájit.

*„Sociální práce jako profese je vykonávána v návaznosti na jiné profese, přičemž nejbližším okruhem jsou v západních zemích zdravotníci, psychologové, právníci, policisté, pedagogové, představitelé státní správy a samosprávy. Mezi sociální prací a sousedními disciplínami existuje i určitá*

---

<sup>47</sup> Zákon 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, par. 2

*rivalita, jejíž projevem, jsou otevřené nebo doutnající kompetenční spory.*<sup>48</sup>

Při sociální práci s lidmi s duševním onemocněním se nejčastěji sociální práce prolíná s oborem zdravotním. Pokud se podaří navázat mezioborovou spolupráci v zájmu řešení situace klienta, může být přínos pro klienta mnohem větší než v případě pomoci, která je vedena nekoordinovaně nebo dokonce v duchu mezioborové rivality.

Vzniklé sociální služby umožňují lidem s duševním onemocněním žít svůj život s určitou dopomocí více samostatněji. Existují v různých formách – ambulantní, pobytové a terénní. Zařízení sociálních služeb, které poskytuje službu lidem s duševním onemocněním, je například domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, denní stacionáře, a další. Zcela zásadní je prvotní sociální šetření a vytipování, která sociální služba bude vzhledem ke konkrétní situaci a potřebám člověka nejvíce vhodná. V úvahu je potřeba vzít i míru rizika s ohledem na povahu obtíží duševně nemocného člověka, míra rizika by měla být přiměřená. Po přijetí zájemce do sociální služby je velmi důležité dobře zmapovat jeho potřeby, přání, možnosti i případná rizika. Jde o adaptační proces, o navázání vzájemné důvěry. Potom může pracovník služby ve spolupráci s uživatelem připravit individuální plán. Většinou se jedná o klíčového pracovníka nebo sociálního pracovníka. Jde vlastně o jakousi objednávku toho, co by si klient od sociální služby přál v rámci jejích možností a také konkrétní kroky k naplnění. Pokud by byla nějaká rizika, tak plán, jak tyto rizika minimalizovat. V praxi často mnozí pracovníci tápou, jak individuální plán sestavit. Povinnost službu individuálně plánovat je dána ze zákona č. 108/2006 Sb. Zákona o sociálních službách. Ten však konkrétně nehovoří o tom, jak individuální plán má vypadat. Jeho podoba je tedy dána tím, jak jej jednotlivá služba pojme. Důležité je, aby potom poskytování služby probíhalo v souladu s tímto individuálním plánem. Je to živý dokument, který se v pravidelných intervalech vyhodnocuje a v případě potřeby aktualizuje. Bývá obvyklé, že sociální službu poskytuje tým pracovníků. Je velmi důležité, aby se s individuálním plánem klienta seznámil každý pracovník, který mu službu poskytuje. Sice to zní logicky a působí samozřejmě, ale v praxi může docházet při komunikaci s klientem k mnohým nedorozuměním, které pocházejí z toho,

---

<sup>48</sup> Matoušek Oldřich, Slovník sociální práce, str. 12

že se ne všichni dotčení pracovníci dobře seznámili s individuálním plánem klienta. Souladu a kontinuitě práce s klientem také mohou napomoci porady týmu, které jsou věnovány případové práci a také supervize. Zejména při práci s lidmi s duševním onemocněním je třeba takovým nedorozuměním způsobeným špatnou týmovou prací předejít. Může je to znejistit, rozhodit jim to jejich navyklý režim, v některých případech toho mohou třeba i zneužít. Dobře sehraný tým je důležitým předpokladem kvalitní poskytované péče. V praxi nemusí být vždy snadné najít kvalitní pracovníky, kteří by třeba měli už předchozí zkušenosti s prací s touto cílovou skupinou.

Dalším úskalím při zapojení se lidí s duševním onemocněním do života v místní komunitě jsou předsudky společnosti. Mínění společnosti se poslední roky mění pozitivním směrem. Dost tomu napomáhá dobře a profesionálně odvedená práce některých známých neziskovek. V rámci osvěty se mohou lidé dovídat o životních příbězích lidí, kteří i přes svou duševní chorobu mohou žít plnohodnotným životem. Také jsem zaznamenala v posledním čase mnoho upřímných zpovědí úspěšných a třeba i známých lidí, kteří také ve svém životě zdolávali různé psychické problémy. Velkou výzvou je i snaha o zapojení se do pracovního procesu. Mezi duševně nemocnými lidmi je část lidí, která ztratila schopnost zapojit se do pracovního procesu a s ohledem na obtíže by se nezvládli zapojit ani do chráněného pracoviště. Pro ně je žádoucí, pokud se mohou zapojit alespoň do sociálně terapeutické dílny a činností, kde mohou udržovat a zvyšovat své kompetence pro běžný život. Další skupinou lidí duševně nemocných jsou lidé, kterým se podaří zapojit do pracovního procesu, buď samostatně nebo s pomocí pracovní asistence nebo se zapojí do chráněného pracoviště. Mnohé neziskovky, které pomáhají lidem s duševním onemocněním tak hledají různé příležitosti pro pracovní uplatnění a vznikají tak například různé sociální podniky, chráněné dílny, kavárny, bistra s občerstvením, a podobné užitečné projekty. Kromě možnosti pracovního uplatnění pro lidi s duševním onemocněním slouží jejich činnost i k určité osvětě problematiky duševně nemocných a jako příklad dobré praxe a vytváří platformu pro setkání duševně nemocných a „zdravých“.

Dalším typickým problémem této skupiny lidí je podle mého mínění špatné finanční a materiální zajištění. Velkou část lidí duševně nemocných jejich nemoc negativně ovlivnila v jejich vzdělávacím procesu nebo později v jejich profesním uplatnění. Ne všichni také mají dovednosti komunikovat s úřady a

dalšími institucemi, takže své osobní záležitosti mohou mít zanedbané. Během své praxe jsme často řešili žádosti o invalidní důchod, na který měli již dávno nárok nebo i jiné sociální dávky. Nejednou jsme řešili i vyřízení osobních dokladů a zdravotního pojištění, registrace u lékaře, což jsou pro většinu lidí základní a samozřejmé záležitosti, bez kterých ale například nejde požádat o žádnou sociální pomoc ani dávku. Často jsme také řešili dluhy. Pokud přišli lidé do naší sociální služby a neměli v minulosti podporu ze strany své rodiny nebo okolí, tak jsme často řešili dluhy na zdravotní pojišťovně nebo u více i méně seriózních bankovních institucí. To vše se podepisuje na finanční a materiální deprivaci této skupiny. Podchycení a řešení těchto problémů z minulosti, pomoc při vyřízení všech dávek sociální podpory a pomoc při hospodaření je proto častou a podstatnou zakázkou klienta pro sociální službu.

Pro dobré fungování sociálních služeb, zejména těch pobytových, je důležitá dobrá a dostupná spolupráce s odbornými lékaři, zejména s psychiatrem. Je otázkou, zda stávající počet praktikujících psychiatrických lékařů je dostatečný pro kvalitní zajištění této odborné péče. Z mé zkušenosti v konkrétní pobytové službě byla zajištěna pravidelná měsíční kontrola a konzultace pro uživatele pobytové sociální služby. Pravidelná péče byla zajištěna. Problém nastával ve chvíli náhlého zhoršení psychického stavu klienta vážnějšího charakteru. Nejednou jsme řešili kompetenční spory, kdo by měl akutní péči zajistit. Někteří zdravotníci zpočátku měli zažitý model nemocniční psychiatrické péče, takže nás odkazovali na našeho psychiatra, protože mysleli, že podle nemocničního modelu je tu stále lékař přítomný. Ten ovšem nebyl přítomný každý den a v dosahu telefonu po 24 hodin denně. Pro tato akutní zhoršení stavu bylo potřeba vyjednat přijetí do nejbližší volné psychiatrické nemocnice. Zpočátku tedy bylo potřebné nastavit fungující mezioborovou spolupráci. Pro pracovníky bylo také přínosem, když zhruba jednou ročně uspořádalo zařízení seminář s lékařkou, která zajišťovala pravidelnou psychiatrickou péči uživatelům zařízení. Lékařka mohla pracovníky seznámit s nejčastějšími druhy duševních nemocí, s projevy těchto nemocí, jak vhodně terapeuticky pracovat, jak poznat známky blížícího se relapsu a mnohé další informace potřebné pro lepší pochopení této problematiky. Pracovníci měli možnost se zase ptát na doporučené způsoby práce v případech, kdy si nebyli jisti, zda volí ten nejlepší způsob přístupu při případové práci. Samozřejmě obojí probíhalo v obecné rovině, při zachování lékařského tajemství. Usilovat o

mezioborovou spoluprací nemusí být vždy jednoduché, ale rozhodně je tou nejlepší variantou práce, ze které těží především klient.

Sociální služby, které vznikly v období po sametové revoluci tedy fungují, rozvíjí se, mají svůj legislativní rámec. Sociální služby zaměřené na pomoc duševně nemocným sehrály svou důležitou roli v procesu deinstitucionalizace této péče. Poskytují pomoc, podporu a rozvoj a v některých případech domov lidem duševně nemocným, kteří s jejich pomocí mohou žít svůj život samostatněji a mimo brány nemocničních zařízení.

Organizací a spolků, které pomáhají lidem duševně nemocným je celá řada, mezi ty větší a známé bych chtěla jmenovat například celorepublikovou organizaci Fokus ČR, z. s. nebo organizace působící v rámci Diakonie ČCE a Charity Česká republika.

### **Kazuistika o poskytované podpoře ve službě chráněné bydlení – pan**

#### **Jindra:**

Pan Jindra byl od dětství těžce slabozraký. Vyrůstal ve velké rodině, byl příslušníkem Romské menšiny. Vzhledem ke svému zdravotnímu postižení neměl pracovní zkušenost, vlastní rodinu nezaložil. Pan Jindra trpěl mentální anorexií a depresemi. Jeho zkušenost boří zažitá předpoklady, že mentální anorexie je jen poruchou dívek, které touží po štíhlé postavě. Dalším problémem byly exekuce, které z minulosti měl. Ke vzniku exekucí mohl zřejmě přispět i jeho sklon ke gamblerství. Některé exekuce vznikly v důsledku půjčky, kterou si pan Jindra vzal na své jméno, ale sloužily pro jiné členy širší rodiny, tedy alespoň takto to pan Jindra vyprávěl. Pan Jindra byl tajněstkař a svým způsobem se vlastně i bavil vymýšlením způsobů, jak obejít systém, pravidla, instituce a podobně. Tato skutečnost se samozřejmě projevovala i během jeho pobytu v chráněném bytě. Při tvorbě individuálního plánu se pan Jindra se svým klíčovým pracovníkem domluvili, že by potřeboval pomoci s hospodařením se svým příjmem. Příjem byl malý, měl pouze invalidní důchod. Pan Jindra měl problémy sám se svým příjmem vyjít. Někdy si vyzvedl své peníze, protože si potřebuje koupit novou mikinu nebo na jízdné na návštěvu své rodiny. Když potom přišel bez mikiny nebo s tím, že mu ujel autobus, peníze byly pryč. Později se svěřil pracovníkovi služby, že peníze prohrál v automatu. Takže ze strany pracovníka šlo především o

trpělivost, důvtip a pomoc při sestavování denního rozpočtu na nákupy, vysvětlování a občas i zvažování umožnit panu Jindrovi podstoupit přiměřené riziko a nést případné důsledky. Takže, pokud si utratil více peněz, než měl v plánu, na konci měsíce měl o to méně. S příjmem potravy měl někdy menší, někdy větší problémy. Když se mu v jednom období snižovala hmotnost, hledali spolu s pracovníkem i zdravotní sestrou příčinu hubnutí. Pan Jindra si vyzvedával obědy a zajišťoval si sám snídane a večere. Teprve při opravě ucpané toalety na bytě, připustil, že obědy splachuje do toalety. Aby nebylo ohrožené zdraví pana Jindry, domluvil se s lékařkou, že bude v pravidelných intervalech chodit na kontrolní vážení své hmotnosti a byla stanovena minimální hmotnost, pod kterou by jeho váha neměla klesnout. Některé dny trápila pana Jindru těžší deprese, měl potíže vůbec vstát z postele. Pracovník nabízel Jindrovi činnosti, které ho běžně bavily nebo rozhovor. Když měl pan Jindra lepší dny, dokázal bavit společnost a rád spolu s pracovníkem a spolubydlícím hrál karty. Pan Jindra by žít, úplně samostatně bez pomoci, nevládal. Takto, díky podpoře sociální služby, mohl žít na chráněném bytě s jistou mírou podpory.

### **3. 3. Současné pojetí a trendy v péči o lidi s duševním onemocněním.**

Sociální služby jsou tedy již stabilní a nedílnou součástí systému péče o osoby s duševním onemocněním. Hlavním přínosem zákona o sociálních službách z r. 2006 bylo rozšíření nabídky a vytvoření podmínek pro začlenění lidí žijících s duševním onemocněním do společnosti. Ačkoliv se poskytovatelé sociálních služeb snaží o začlenění lidí do přirozeného prostředí, narážejí na problém institucionalizace. Jde zejména o pobytové sociální služby. Pro ilustraci uvedu příklad.

V neziskové organizaci, kde jsem pracovala byly poskytovány pobytové sociální služby domov se zvláštním režimem a chráněné bydlení. Byly určeny pro osoby chronicky duševně nemocné, ohrožené závislostí. Domov se

zvláštním režimem měl kapacitu 28 osob a zázemí měl v jedné budově. Chráněné byty se nacházely v civilní zástavbě a organizace je měla v pronájmu. Chráněných bytů bylo zhruba 17-19, většina z nich byla určena pro 2 osoby, několik bytů bylo pro 1 osobu a 1 byt byl určen pro 3 osoby. Chráněné byty byly rozmístěny různě na několika místech ve městě. Jedná se o menší město s počtem obyvatel okolo 5 200 osob. Je zde poměrně vysoká nezaměstnanost (Okres spadal mezi 29 okresů se stejnou a vyšší mírou nezaměstnanosti, než byl republikový průměr, který činil 2,6 %. V tomto konkrétním okrese byla míra nezaměstnanosti 3,9.<sup>49</sup> a město samotné se v rámci okresu umísťuje na příčkách s vyšší mírou nezaměstnanosti, ta se pohybuje okolo 5 %.<sup>50</sup>) Proto se nedařilo zapojit lidi z chráněných bytů do pracovního procesu, přestože byli schopní pracovat. Ačkoli pro několik osob vytvořila nezisková organizace pracovní místo s příspěvkem od úřadu práce, byla pro většinu z nich jen malá šance na zlepšení finanční situace a případné řešení dluhů. Finance nebyly ani na kulturu a jiné životní potřeby. Příležitostí zapojit se do kulturního života nebo zájmových volnočasových aktivit také nebylo mnoho vzhledem k velikosti města a malé nabídce těchto akcí. I ostatní obyvatelé za kulturou nebo službami museli dojet do okolních větších měst. Uživatelé zmiňovaných sociálních služeb však byli v tomto ohledu velmi limitováni. Nezisková organizace proto pořádala pro své klienty skupinové výlety, občasné návštěvy kina nebo divadla. Také každý pracovní den mohli lidé trávit aktivně svůj čas v sociálně terapeutické dílně. Mohli spolu třeba něco uvařit, upéct, tvořit, hrát společenské hry apod. Rádi toho využívali a bylo to pro ně přínosné. Nicméně po většinu akcí a činností opět tvořili homogenní skupinu. Část klientů byla místních a občas svou rodinu navštívila nebo si zavolali. Ostatní pocházeli z jiných míst republiky, příbuzní je občas přijeli navštívit. O několik klientů se pravidelně telefonicky zajímaly jejich děti a sledovaly, jak se jim daří. Část z nich však nebyla se svými rodinami v kontaktu vůbec.

Myslím, že lidé z chráněných bytů se přiblížili životu v přirozeném prostředí. Mohli se sami starat o svůj byt, mohli si nakupovat a připravovat stravu, svůj volný čas mohli trávit podle svých preferencí. Nicméně vnímám, že

---

<sup>49</sup> MPSV, údaje za 11/2019 (cit. 10.6.2021), [online] URL: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky#statistiky-o-trhu-prace>

<sup>50</sup> Charvát Petr, Vstupní analýza města Česká Kamenice-výzkumná zpráva, Agentura pro sociální začleňování, 03/2019, str. 25

i přes upřímnou snahu zaměstnanců neziskové organizace existují určité limity v jejich úplném začlenění do přirozeného prostředí. Limity jsou dány velikostí města, kde jsou omezené možnosti kulturního a společenského vyžití, malá šance najít práci a absence místních sociálních a rodinných vazeb v místní komunitě. Myslím, že nejde o ojedinělý příklad a na podobné limity v začleňování osob v pobytových sociálních službách naráží mnohá další zařízení.

Již několik let probíhá u nás transformace péče o duševní zdraví a psychiatrických nemocnic V říjnu 2013 přijalo ministerstvo zdravotnictví Strategii reformy psychiatrické péče v ČR.<sup>51,52</sup> O co by mělo jít, jaké jsou aktuální trendy a kam směřují sociální služby 21. století? Pokusím se nyní shrnout nejdůležitější myšlenky těchto nových trendů.

#### Péče poskytovaná v přirozeném prostředí.

Snahou je, aby duševně nemocný člověk mohl zůstat ve svém přirozeném prostředí, rodině, komunitě. Předpokladem je, že bude dostupná komunitní péče, která bude zaměřená na individuální potřeby člověka. Komunitní péči by měl zajišťovat multidisciplinární tým, kde by neměl chybět odborný lékař psychiatr, psychiatrická zdravotní sestra, psycholog nebo psychoterapeut, dostupné ambulantní i terénní sociální služby, peer-pracovník. V komunitní péči se počítá se spoluprací i s rodinami duševně nemocných a místní komunitou. Jednoduše řečeno, člověk nepůjde za službou, ale služba přijde za ním. Výhodou je, že člověk může čerpat ze svých přirozených zdrojů, neztratí kontakt s rodinou, zná místní komunitu, kde má sociální vazby, může pokračovat ve studiu nebo práci, ve svých vztazích.

#### Změna role z klienta na partnera.

V modelu péče v pobytových službách přijde člověk do pobytové služby, musí přijmout její podmínky, pokud jí chce využívat. Vztah v tomto modelu je spíše

---

<sup>51</sup> Viz např. <http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pece-o-pacienty/transformace-v-cr/index.html>

<sup>52</sup> Průvodce reformou psychiatrické péče. Říjen 2019 (cit. 14.6.2021) [online] URL: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou\\_komplet.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf).



vztah odborník – klient. V modelu komunitní péče je člověku ponechána větší míra odpovědnosti i autonomie. Terénní služba se bude domlouvat s ohledem na konkrétní individuální potřeby člověka. V tomto modelu půjde spíše o roli odborník – partner.

#### Cesta recovery neboli údravy.

Člověk duševně nemocný aktivně s podporou lékaře i dalších partnerů pracuje na získání a upevnění svých kompetencí a dovedností. Cílem je žít plnohodnotným životem. „*Věříme v zotavení, věříme ve schopnost lidí s duševním onemocněním žít plnohodnotný život svobodně, s možností rozhodovat o sobě, svých životních rolích i léčení.*“<sup>53</sup>

#### Peer programy.

Jedná se o princip zapojení lidí, kteří mají vlastní osobní zkušenost s duševní nemocí, do péče. Mohou být zapojeni do přímé práce jako peer-pracovníci nebo peer-konzultanti. Jejich role v týmu je specifická, liší se od jiného pracovníka v sociálních službách. Velkým přínosem je jejich osobní zkušenost s duševní nemocí, lépe dokážou pochopit problémy a obtíže klientů. Jejich příklad také může sloužit jako motivace a dobrý vzor pro klienty na jejich cestě k údravě. Poskytování podpory klientům má přínos i pro samé peer-pracovníky. Peer-pracovníci mohou také poskytovat cenné postřehy a hodnocení kvality služby. Mohou se také podílet na vzdělávacích a osvětových programech.

#### Destigmatizace lidí s duševním onemocněním.

Člověk má obvykle největší strach z něčeho neznámého. Pokud bude mít společnost více informací z této oblasti a bude se moci seznámit s příběhy konkrétních lidí, kteří i s duševní nemocí žijí plnohodnotným životem, obavy a předsudky se zmenší. Tomu mohou napomoci přednášky, kampaně i samotní úspěšně zapojení lidé s duševní nemocí a jejich příklady dobré praxe.

V současnosti se již některé organizace úspěšně zapojily do procesu transformace sociálních služeb a několik let poskytují komunitní sociální služby zaměřené na potřeby člověka v jeho přirozeném prostředí. Vznikají a mnohde

---

<sup>53</sup> Fokus ČR, z. s., Praha, (cit. 7.6.201), [online] URL: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/o-fokusu>

již dobře fungují centra duševního zdraví. Podle Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 by do roku 2022 mělo vzniknout 30 Center duševního zdraví.<sup>54</sup> Za organizace, které poskytují lidem sociální služby v jejich vlastním prostředí bych uvedla například Fokus ČR, Duševní zdraví, o.p.s., Přerov, Baobab, z. s., Praha, Eset – Help z. s., Praha, Green Doors z. u., Praha, Charita Olomouc, Lomikámen, z. ú., Beroun, Služba následné péče Dobruš – Diakonie ČCE, Praha, a jiné další organizace.

---

<sup>54</sup> Anders Martin, *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*, Úřad vlády ČR a MZ ČR, leden 2020, str. 10, (cit. 8.6.2021), [online] URL: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

## 4. Diskuse.

Poskytování sociálních služeb lidem s duševním onemocněním i snaha o transformaci institucionálních služeb v systém péče poskytované v komunitě a komunitou samozřejmě provází živá diskuse. Z řad lékařů, poskytovatelů sociálních služeb, lidí duševně nemocných a jejich rodin i široké veřejnosti zaznívají různé příspěvky do této diskuse. V těchto příspěvcích jsou vyjádřeny přání, otázky, plány i obavy z tohoto probíhajícího společenského procesu. Zaznívají hlasy pro i proti. Pokusím se ty nejčastější příspěvky nyní zde shrnout.

### Nebude zavedení a poskytování komunitní péče představovat velké finanční náklady?

Na vybudování dostupné sítě Center duševního zdraví budou zapotřebí v počátku určité finance. Podle Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 by se částečně tyto náklady financovaly z Evropského sociálního fondu.<sup>55</sup> Z řad odborníků zaznívá, že oblast psychiatrické péče je dlouhodobě podfinancovaná a kapacita nepokrývá skutečné potřeby. Tým odborníků, který zpracoval Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 k financování psychiatrické péče říká:

*„Celkové náklady na psychiatrickou péči z veřejného zdravotního pojištění v roce 2015 činily 13,7 miliardy Kč, což představuje cca 4,08 % z rozpočtu na zdravotní péči, což je významně pod evropským průměrem (7 %). Největší podíl nákladů za psychiatrickou péči nese následná lůžková péče, která je nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním.“<sup>56</sup>*

Navýšení počtu psychiatrických ambulancí by reagovalo na skutečnou současnou potřebu a tato péče by se pro mnohé stala dostupnější. Podle odhadů studie Světové zdravotnické organizace WHO, která nastiňuje výhled do 21. století se předpokládá, že afektivní poruchy a deprese budou v roce 2030

---

<sup>55</sup> Anders Martin, *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*, Úřad vlády ČR a MZ ČR, leden 2020, str. 15, (cit. 8.6.2021), [online] URL: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

<sup>56</sup> Anders Martin, *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*, Úřad vlády ČR a MZ ČR, leden 2020, str. 32 (cit. 8.6.2021), [online] URL: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

nejčastějšími zdravotními problémy.<sup>57</sup> V současnosti je také velký nedostatek psychologů a psychoterapeutů, především těch, jejichž služby jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Doba současné pandemie covid19 a jejích důsledků například odkryla velký deficit psychologické a psychiatrické péče pro děti a mladistvé.

V souvislosti s posílením komunitní psychiatrické péče klesne počet lůžek v pobytových službách ústavního typu. V ekonomickém zájmu pobytových zařízení může být poskytování a vykazování vysokého počtu úkonů sociální péče. V přirozeném prostředí někteří lidé budou moci využívat své zdroje, své bydlení nebo bydlení u své rodiny. Je také pravděpodobné, že při ponechání člověka v přirozeném prostředí a přirozené podpoře, stoupne podíl zaměstnaných lidí s duševním onemocněním. Tyto aspekty by se mohly projevit ve snížení celkového objemu vyplacených sociálních dávek.

#### Bude dostatek kvalifikovaných pracovníků?

Někteří kvalifikovaní pracovníci mohou vzejít z řad pracovníků stávajících pobytových sociálních služeb nebo psychiatrických nemocnic, kde počty lůžek klesnou. V týmech se počítá také s peer-pracovníky a dobrovolníky.

Podle plánu zahrnutém v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020-2030 by se mohli do péče o duševní zdraví zapojit i praktičtí lékaři. Ti by si podle plánu mohli zvýšit své kompetence formou vzdělávání a metodické podpory. Zapojit by se mohli ve screeningu příznaků duševního onemocnění i péči o stabilizované pacienty. Byli by zapojeni v síti spolu se specializovanou péčí a komunitními službami.<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Kolářová Zdena, *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv.* Zdravotnický deník, (cit. 21.5.2021) [online] URL: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnych-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-rose-spotreba-antidepressiv/>

<sup>58</sup> Anders Martin, *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*, Úřad vlády ČR a MZ ČR, leden 2020, str. 58 (cit. 8.6.2021), [online] URL: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

### Nesměřuje posílení komunitní péče proti stávajícím pobytovým sociálním službám a psychiatrickým nemocnicím?

I při dosažení nejvyšší možné míry poskytování péče komunitním způsobem tu budou stále potřebné kapacity lůžek v psychiatrických nemocnicích a v pobytových sociálních službách. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. k tomu říká: „*I nadále budou lůžka zapotřebí. Ať to budou jedno či více lůžkové pokoje, podle toho, co bude pacient žádat a co bude finančně únosné.*“<sup>59</sup> Každý duševně nemocný člověk se nachází v jiné situaci. Tu ovlivňují závažnost onemocnění, podpora rodiny, věk a jiné okolnosti. Vždy bude existovat skupina duševně nemocných lidí, kteří budou potřebovat péči v psychiatrické nemocnici a jiní budou potřebovat sociální pobytové služby a dalším postačí terénní a ambulantní péče v blízkosti jejich domova. Důležité je, aby tu byla možnost vhodné volby. Člověk by měl mít možnost výběru. Neměl by zůstat například v psychiatrické léčebně jen proto, že není k dispozici jiná možnost.

### Nebudou vystaveni lidé s duševním onemocněním a jejich okolí riziku?

Všichni jsme vystaveni nepředvídatelným rizikům. Důležité je, aby duševně nemocní lidé a jejich okolí nebyli vystaveni nepřiměřeným předvídatelným rizikům. Tomu by měla zabránit kvalitní sociální práce a mezioborová spolupráce lékařů, psychologů, pracovních terapeutů a dalších profesionálů při hledání toho vhodného způsobu podpory a péče pro člověka, který žije s duševním onemocněním. Zásadní je funkční a pravidelná spolupráce nemocného člověka se svým psychiatrem a dalšími členy multidisciplinárního týmu včetně rodinných příslušníků. Sám duševně nemocný člověk by se měl cítit bezpečně. Dle poznatků prof. MUDr. Jiřího Rabocha, DrSc.: „*Je třeba zmínit, že mezi lidmi, kteří se dopouštějí trestné činnosti, jich jen jeden až dva ze 100 trpí některou duševní poruchou.*“<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Kolářová Zdena, *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv.* Zdravotnický deník, (cit. 21.5.2021) [online] URL: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnych-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepressiv/>

<sup>60</sup> Kolářová Zdena, *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv.* Zdravotnický deník, (cit. 21.5.2021) [online] URL: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnych-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepressiv/>

## Proč by měli být lidé s duševním onemocněním začleněni do přirozeného prostředí?

Jsou jeho součástí a pokud si to přejí a mají podporu odborníků, rodiny i širšího společenství a zároveň potřebné kompetence, nelze jim toto jejich právo upírat. Podle názoru prof. MUDr. Jiřího Rabocha, DrSc.: „*Budování služeb mimo nemocniční zařízení je určitě správné, jako i to, že určitá část pacientů by mohla žít mimo léčebny.*“ Jako příklad udává směr, kterým se vydali v zahraničí. Tam se upouští od péče ve velkých zařízeních, upřednostňuje se ambulantní péče, doplněná o linky důvěry, krizová centra, chráněné dílny.<sup>61</sup>

Navíc kdo z nás ví, kdy on sám nebo někdo z jeho blízkých nebude potřebovat pomoc? Rozmanitost a pestrost společenství může být zároveň obohacující. Snahy vytvořit dokonalou, zdravou, rasově čistou nebo ideově správnou společnost, nedopadají dobře, jak se můžeme poučit z dějin 20. století.

## **5. Závěr.**

Cílem mé práce bylo zachytit vývoj péče o lidi s duševním onemocněním a nové trendy této péče. Do širokého spektra rozmanitosti lidské společnosti lidé s duševní nemocí patřili a provází jí od jejího počátku. V průběhu dějin se měnil pohled na lidi duševně nemocné, na původ jejich obtíží i na péči o ně.

Ve starověku si lidé vysvětlovali původ duševních nemocí v působení nadpřirozených sil nebo zlých démonů. Péče o tyto lidi byla převážně úkolem kněží, kteří se snažili, za pomoci různých rituálních obřadů, zbavit lidi duševně nemocné jejich obtíží. Již ve starověku se objevilo několik pokrokových myšlenek. Ve starém Řecku to byli filozofové Pythagoras a Hippokrates. Pythagoras (6. stol. př. n. l.) přišel s do té doby nevysloveným názorem, že duševní onemocnění jsou způsobena onemocněním mozku (Vencovský, 1983,

---

<sup>61</sup> Kolářová Zdena, *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv.* Zdravotnický deník, (cit. 21.5.2021) [online] URL: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnych-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepressiv/>

cit. z Markové). Filozof a lékař Hippokrates (5. stol. př. n. l.) také zpochybnil tehdejší chápání nemoci jako božího trestu a její původ vysvětloval z pohledu lékařské vědy. Ač tyto myšlenky byly pokrokové, k jejich širšímu uznání a uplatnění dospěla společnost až o mnoho století později. Lidé se ve starověku obecně osob s duševním onemocněním spíše obávali a primárně se před nimi snažili chránit společnost. Proto byli lidé s duševním onemocněním často vyčleňováni mimo společnost. Existovaly snahy a pokusy, jak mírnit nemocným jejich obtíže, například za pomoci bylin nebo různých terapeutických metod, jednalo se ale spíše o výjimky. O systematické péči o nemocné se v této době ještě nedá hovořit.

V období středověku společnost setrvala v názoru, že za duševní onemocnění jsou zodpovědné nadpřirozené síly. Projevy duševní nemoci se vydávaly za projevy démonických sil a během inkvizičních procesů docházelo i k odsouzení lidí s duševní chorobou a k jejich upalování. Ani ve středověku společnost ještě o lidi s duševním onemocněním nepečovala a spíše se před nimi snažila chránit. Lidé s duševním onemocněním byli třeba naloděni na tzv. loď bláznů, která je odvezla do vzdálených míst. Další metodou bylo přijímání lidí s duševním onemocněním do předpsychiatrických institucí, kde o ně bylo postaráno, např. známá byla tzv. Věž bláznů v Caen. Takto se města starala o své občany. V tomto lze spatřovat první náznaky jakési snahy o péči o lidi s duševním onemocněním.

Doba osvícenství přinesla odklon od církevních dogmat a církevní autority. Důraz byl dán na zkoumání jevů rozumem a pomocí vědních oborů, které vznikaly a rozvíjely se. S rozvojem lékařské vědy se začíná přemýšlet o lidech s duševní chorobou jako o nemocných a upouští se od domněnky, že jsou posedlí. Pomyslný přelom v uspořádání společnosti a také v péči o lidi duševně nemocné přináší období Velké francouzské revoluce roku 1789. Nové humanistické myšlenky se promítají také do péče o lidi duševně nemocné. Objevuje se myšlenka, že se duševní nemoci dají léčit a péče se přesouvá do rukou lékařů. Vznikají první psychiatrické nemocnice a duševně nemocným se začíná dostávat důstojnější péče. Vzniká psychiatrie jako samostatný obor. Dostávají se první úspěchy v léčbě, která probíhá v psychiatrických ústavech, kde jsou lidé s duševní nemocí koncentrováni.

V tomto stylu pokračuje tato psychiatrická péče i na přelomu 19. a 20. století. Ve 20. století se stala více profesionální a lékařsky odborná. Tato péče šla cestou separace nemocných od „zdravé společnosti“ a byla režimová, takže tu nebyl velký prostor na individualitu a svobodné rozhodování. Velká koncentrace duševně nemocných lidí s sebou přinášela i problémy. Na zvládání vyhocených situací byla tendence volit i restriktivní opatření nebo navýšení medikace.

Ve druhé polovině 20. století ve společnosti rezonuje volání po dodržování lidských práv a svobod. Byly přijaty některé úmluvy a deklarace na podporu a ochranu lidských práv a svobod, například Všeobecná deklarace lidských práv v roce 1948. Snaha o jejich uplatňování se postupně odrážela i v oblasti ústavní a nemocniční péče o lidi duševně nemocné. U nás dochází ke změnám o něco později než ve světě. Větší změny a reformy začínají po sametové revoluci v roce 1989. Vznikají moderní sociální služby. Ústředním tématem byla snaha o sociální začlenění lidí, kteří byli pro svůj hendikep vyloučeni ze společnosti, dodržování jejich práv a svobod a lidské důstojnosti. To se týkalo i lidí duševně nemocných, kteří byli do té doby umístěni v psychiatrických nemocnicích nebo ústavech. K návratu do přirozeného prostředí jim napomohly nové přístupy k lidem s duševním onemocněním, demedicinalizace i nové metody práce uplatňované v sociálních službách. Objevily se nové druhy sociálních služeb vycházejících z principů deinstitutionalizace, jako např. denní stacionáře, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, sociálně rehabilitační služby a další.

Poslední roky probíhají ve znamení zavádění nových trendů v psychiatrické péči a transformaci sociálních služeb. Důvodem je dlouhodobé podfinancování této oblasti, nedostatečné kapacity psychiatrické a psychologické péče a neschopnost pobytových sociálních služeb začleňovat lidi do přirozeného prostředí. Vznikají Centra duševního zdraví a postupně by měla být jejich síť dostupná po celé ČR. Pracují v nich multidisciplinární týmy, složené z lékařů a dalších zdravotníků, sociálních pracovníků, peer-pracovníků. Jedná se o komunitní péči, počítá se i se spoluprací s rodinami lidí duševně nemocných a místní komunitou. Jejich cílem je podporovat člověka v místě jeho bydliště, v jeho rodině, vztazích, komunitě, studiu, práci. Jde o proces uzdravy, kdy člověk s duševní nemocí přebírá mnoho kompetencí zpět do vlastních rukou a může i navzdory své nemoci žít běžným způsobem života. V tomto procesu ho



podporují odborníci, nemocný je v roli partnera. Probíhá také osvěta a snaha o destigmatizaci lidí s duševním onemocněním.

Pradávná péče o lidi s duševním onemocněním probíhala v přirozeném prostředí. Později vzniklá profesionální péče vyčlenila lidi s duševní nemocí mimo společnost a přirozené prostředí, aby se teď se zachováním profesionality a nových trendů v péči naplno vrátila do přirozeného prostředí. A jakoby se opět navazuje ten zaniklý dialog mezi zdravými a nemocnými, rozumem a nerozumem.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> Foucault Michel, Dějiny šílenství v době osvícenství, str. 6

## Použitá literatura a další zdroje:

### Knihy:

*Bible*, podle ekumenického vydání z r. 1985, Biblická společnost v ČSR 1990, UBS-EPF 1990-CET 053-60M

Foucault Michel, *Dějiny šílenství v době osvícenství*, z franc. orig. přel. V. Dvořáková, Praha: Lidové noviny, 1994, 209 s., ISBN 80-7106-085-2

Křížová Eva, *SOS – Sociologie pro pomáhající profese*, Vydání první, Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017, 173 s., ISBN 978-80-246-3650-4

Marková Eva, Tomáš Petr, a kol., *Ošetřovatelství v psychiatrii*, elektronická publ., Grada Publishing, a.s., 2014, 296 s., ISBN 978-80-247-9253-8

Matoušek Oldřich, *Slovník sociální práce*, Vydání 2. přeprac., Praha: Portál, 2008, 272 s., ISBN 978-80-7367-368-0

*MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize.*, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2019, ISBN 978-80-7472-168-7

Svoboda Mojmir, Eva Češková, Hana Kučerová, *Psychopatologie a psychiatrie*, Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 320 s., ISBN 80-7367-154-9

Vágnerová Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Vydání 4., Praha: Portál, 2008, 872 s., ISBN 978-80-7367-414-4

### Elektronické zdroje:

Anders Martin, *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*, Úřad vlády ČR a MZ ČR, leden 2020, (cit. 8.6.2021), 68 s., [online] URL: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

Fokus ČR, z. s., Praha, (cit. 7.6.2021), [online] URL: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/o-fokusu>

Höschl Cyril, *Nárůst duševních poruch u dětí*, Reflex, str. 68, 2.1.2019, (cit. 15.4.2021), [online] URL: <http://www.hoschl.cz/?text=6162&lang=cz>

Charvát Petr, *Vstupní analýza města Česká Kamenice*, Výzkumná zpráva, Agentura pro sociální začleňování, březen 2019 (cit. 5.6.2021), 60 s., [online] URL: [https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/%C4%8Cesk%C3%A1-Kamenice\\_VA\\_KPSVL\\_ZOR7.pdf](https://www.socialni-zaclenovani.cz/wp-content/uploads/%C4%8Cesk%C3%A1-Kamenice_VA_KPSVL_ZOR7.pdf)

Kadeřábková Milada, *Psychopat ve vládě funguje jako vlk. Rozdělí stádo a pak ho zničí, říká Jan Hnízdil*, publikováno ve Flowee, 2.2.2020 (cit. 20.5.2021), [online] URL: <https://www.flowee.cz/clovek/7352-psychopat-ve-vlade-funguje-jako-vlk-rozdeli-stado-a-pak-ho-znici-rika-jan-hnizdi>

Knotková Simona, *Odvážná novinářka se dobrovolně nechala zavřít do blázince. Zažila deset dní hrůzy*, publikováno v internetovém portálu extraStory, 7.12.2018 (cit. 20.5.2021), [online] URL: <https://www.extrastory.cz/odvazna-novinarka-se-dobrovolne-nechala-zavrit-do-blazinice-zazila-deset-dni-hruzy>

Kolářová Zdena, *Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv*. Zdravotnický deník, 26.3.2015 (cit. 21.5.2021), [online] URL: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnych-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepressiv/>

Melicharová Hana a kol., *Psychiatrická péče 2019*, ÚZIS ČR 2021 (cit. 5.6.2021), ISBN 978-80-7472-188-5, [online] URL: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8348>

MPSV, údaje za 11/2019 (cit. 10.6.2021), [online] URL: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky#statistiky-o-trhu-prace>

Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, 31.3.2006 (cit. 20.5.2021), [online] URL: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>