

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Sociální rehabilitace osob s duševní poruchou

Social Rehabilitation of Persons with Mental Disorders

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Lukáš Urban, PhD.

Autor:

Martin Amler

Praha 2015

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Lukáši Urbanovi, PhD. za veškeré rady, ochotu a podporu. Dále děkuji organizaci *Greendoors z. ú.* za cenné zkušenosti, svým kolegům, přátelům a rodině za to, že mě po celou dobu podporovali a motivovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální rehabilitace osob s duševní poruchou“ vypracoval samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného absolventského titulu.

V Praze dne 5. května 2015

Podpis:

Anotace

Tato bakalářská práce se věnuje tématu sociální rehabilitace osob s duševní poruchou. Sociální rehabilitace napomáhá lidem s jiným hendikepem zařadit se zpátky do běžného života.

V teoretické části jsou popsány vědy, které se zabývají duševními poruchami. Jsou zde také uvedeny konkrétní duševní poruchy a ve stručnosti popsány příčiny jejich vzniku. Tyto poruchy jsou zde uvedeny z důvodu pochopení komplexity procesu sociální rehabilitace. Tato část se rovněž věnuje sociální práci s osobou s duševní poruchou.

Praktická část je věnována již konkrétnímu sociálnímu zařízení a rehabilitaci osob, jenž se zde rehabilitují. Cílem této části je nastínit proces rehabilitaci a ukázat jeho přínos a rizika.

Annotation

This bachelor thesis focuses on the topic of social rehabilitation of persons with mental disorders and attempts to evidence how social rehabilitation can assist people with mental disabilities to improve their quality of life.

The theoretical part of this thesis sets out the science behind mental disorders and introduces specific mental disorders together with their causative factors. The disorders addressed in this thesis have been chosen to demonstrate the complexity of the process of social rehabilitation. This section also devotes space to how social work can improve the quality of life of people living with a mental disorder.

The practical part of this thesis is dedicated to a particular social service and the rehabilitation of people within this social service. The aim of this section is to outline the process of rehabilitation and demonstrate its benefits and risks.

Klíčová slova

Sociální rehabilitace, duševní porucha, psychopatologie, sociální práce, komunitní péče

Keywords

Social rehabilitation, mental disorder, psychopathology, social work, community care

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Seznam zkratk | 7 |
| Úvod | 8 |
| 1. Psychiatrie | 10 |
| 1.1 Definice psychiatrie | 10 |
| 1.2 Historie psychiatrie | 10 |
| 1.3 Současný stav | 11 |
| 2. Hranice mezi zdravím a nemocí | 13 |
| 2.1 Duševní zdraví podle <i>Světové organizace pro duševní zdraví</i> | 13 |
| 2.2 Den duševního zdraví | 13 |
| 2.3 Dokumenty k duševnímu zdraví | 14 |
| 3. Ochrana práv duševně nemocných | 15 |
| 3.1 Ochrana práv duševně nemocných z perspektivy WHO | 15 |
| 3.2 Situace v ČR | 15 |
| 3.3 Stigmatizace duševně nemocných | 16 |
| 4. Transformace psychiatrické péče | 17 |
| 5. Psychopatologie | 18 |
| 5.1 Definice psychopatologie | 18 |
| 5.2 Klasifikace duševních poruch | 18 |
| 5.3 Příčiny vzniku duševních poruch | 20 |
| 5.4 Biologické aspekty vzniku duševních poruch | 20 |
| 5.4.1 <i>Psychosociální aspekty vzniku duševních poruch</i> | 21 |
| 6. Vybrané duševní poruchy | 22 |
| 6.1 Schizofrenie, schizoformní poruchy | 22 |
| 6.1.1 <i>Schizofrenie</i> | 22 |
| 6.1.2 <i>Schizoafektivní porucha</i> | 26 |
| 6.1.3 <i>Schizotypní porucha</i> | 26 |
| 6.2 Poruchy nálady (afektivní poruchy) | 27 |
| 6.2.1 <i>Mánie</i> | 27 |
| 6.2.2 <i>Deprese</i> | 28 |
| 6.2.3 <i>Bipolární afektivní poruchami</i> | 30 |
| 6.3 Poruchy osobnosti a chování dospělých | 31 |
| 6.3.1 <i>Specifické, smíšené a jiné poruchy osobnosti</i> | 32 |
| 6.4 Veřejné mínění a duševní poruchy | 34 |
| 7. Sociální práce s klienty s duševní poruchou | 36 |
| 7.1 Sociální práce | 36 |
| 7.2 Klient v sociální práci | 36 |
| 7.3 Klient s duševní poruchou | 36 |
| 7.3.1 <i>Klient s duševní poruchou v systému sociálních služeb</i> | 37 |
| 7.4 Komunitní péče | 39 |
| 7.4.1 <i>Vztah pracovníka a klienta v rámci komunitní péče</i> | 39 |
| 7.4.2 <i>Vývoj komunitní péče</i> | 40 |
| 7.4.3 <i>Vývoj komunitní péče v ČR</i> | 40 |
| 7.4.4 <i>Definice pojmů komunita a komunitní péče</i> | 40 |
| 7.4.5 <i>Rehabilitace</i> | 41 |
| 7.4.6 <i>Pracovní uplatnění duševně nemocných</i> | 42 |
| 8. Green Doors z. ú. | 44 |
| 8.1 Klub V. kolona | 46 |
| 8.1.1 <i>Proces rehabilitace v Klubu V. kolona</i> | 46 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 8.1.2 | <i>Pracovní tým Klubu V. kolona</i> | 48 |
| 8.1.3 | <i>Kazuistiky klientů Klubu V. kolona</i> | 49 |
| 8.1.4 | <i>Klub V. kolona v číslech</i> | 53 |
| Závěr | | 55 |
| Seznam použité literatury a dalších pramenů informací: | | 57 |
| Summary | | 64 |

Seznam zkratek

CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

WFMH – World Federation for Mental Health

WHO – World Health Organisation

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolil téma Sociální rehabilitace osob s duševní poruchou. Vybral jsem si jej z několika důvodů. Prvním důvodem je, že pracuji více jak 1 rok jako brigádník v organizaci **Green Doors z. ú.**, která se přímo zabývá sociální rehabilitací osob s psychotickou diagnózou. Dalším důvodem bylo to, že mi připadá, jako kdyby se v médiích poslední dobou objevovali lidé s duševními poruchami mnohem častěji než dříve. Jako důvod lze také uvést skutečnost, že člověk s duševní poruchou je pro většinovou společnost něco jako tabu, něco o čem se příliš nemluví. A já jsem cítil potřebu se proti těmto předsudkům a stereotypům vymezit. Mým cílem bylo napsat práci o těchto lidech a ukázat je možná v trochu jiném světle.

Při výběru tématu byl samozřejmě zohledněn můj obor na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy. Bylo by asi krajně nevhodné napsat bakalářskou práci třeba o zbraních nebo o nějakých ekonomických faktech, když studuji **obor sociální a charitativní práce**. Myslím, že zvolené téma se krásně váže na sociální práci, jelikož **sociální rehabilitace** je přímo jedna ze služeb sociální práce. Celkově si myslím, že práce s lidmi s duševním onemocněním úzce souvisí s mým učebním oborem.

Celá práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části je v logicky provázaných blocích popsáno vše od psychiatrie až po sociální práci s duševně nemocným klientem. Čtenář se zde dozví něco o historii psychiatrie a seznámí se se základními pojmy jako jsou třeba duševní zdraví nebo psychóza. Tato část nám taky poskytne náhlednutí do jednotlivých psychiatrických diagnóz (např. schizofrenie,...) V praktické části je pak celkový proces rehabilitace ukázán na konkrétním projektu organizace *Green Doors z. ú.* a na jeho klientech.

Hlavním cílem této práce je popis procesu sociální rehabilitace lidí s duševními poruchami. Dílčími cíli jsou nastínění pozadí (popis konkrétního zařízení a jeho pracovníků) tohoto procesu, přiblížení některých duševních poruch, přiblížení věd zabývajících se psychickým onemocněním, ukázka postavení duševně nemocných ve společnosti a ukázka současné psychiatrické péče a její reformy.

Svoji absolventskou práci jsem vypracoval s pomocí několika zdrojů. Rád bych nyní uvedl pár nejstěžejnějších publikací pro mou bakalářskou práci, ze kterých jsem čerpal. Asi nejzásadnější byla pro mě publikace *Psychopatologie* od MUDr. PhDr. Miroslava Orla,

kterou vydalo nakladatelství Grada v Praze v roce 2012. Dalším důležitým zdrojem pro mou práci byla kniha *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie* od Dr. Václava J. K. Pinkavy, který zde používá pseudonym Jan Křesadlo. Tuto knihu vydalo v roce 2001 nakladatelství Periplum v Olomouci. Jako poslední uvedu knihu, kterou vypracovala dvojice MUDr. Ondřej Pěč a PhDr. Václava Probstová, CSc. a ta se jmenuje *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče* a vydal ji Triton v roce 2009 v Praze. Je jasné, že zdrojů jsem použil více, jak tištěných tak elektronických, ale toto jsou tituly, ze kterých jsem nejčastěji čerpal a asi nejvíce mě autorsky ovlivnily. Ve své absolventské práci cituje dle ČSN ISO 690 platné od 1. dubna 2011 pomocí průběžných odkazů pod čarou do kterých z důvodů přehlednosti uvádím následující údaje: jméno autora a publikace, datum vydání a stránku, ze které čerpám. Plné bibliografické údaje o pramenech informací jsem uvedl po dohodě s vedoucím práce až do závěrečného "Seznamu použité literatury a dalších pramenů informací".

Teoretická část

1. Psychiatrie

Na úvod bych popsal vědu, která se zabývá léčbou duševních poruch, protože právě psychiatrie se nejčastěji snaží pomoci lidem s duševními poruchami a vstupuje jim tak do života.

1.1 Definice psychiatrie

Psychiatrie je specializovaným lékařským oborem, který je zaměřen na teoretické i praktické znalosti diagnostiky, klasifikace, léčby, prevence a výzkumu psychických (duševních) poruch, onemocnění a stavů. Tento obor je tedy součástí medicíny a psychiatr je lékař po absolvování lékařské fakulty a povinných atestací, který se profesně zabývá psychiatrií. Pojem psychiatrie je odvozen z řeckých slov *psyché* – duše a *iátreia* – lékařství.¹

1.2 Historie psychiatrie

Historie tohoto oboru je velice obsáhlá a sahá až tam, kam samo lidstvo. Hranice psychiatrie by bylo optimální charakterizovat nejen jako obor medicíny, ale jako průsečík přírodovědných i humanitních oborů vědeckého poznání.² Proto jen stručně nastíním vznik psychiatrických institucí z pohledu určitých období vývoje lidstva. Také trochu přiblížím některé revoluce v tomto oboru. Technik a postupů léčby bylo v průběhu dějin mnoho, některé účinné, některé už méně nebo vůbec. Z dnešního pohledu ani současné i ty nejmodernější léčebné strategie nejsou zdaleka dokonalé. Dokonce i v současné psychiatrii je toho ještě dost středověkého.³

V **antické době** převládala individuální lékařská péče o duševně choré, ale také zde existoval rituál vyobcování šílence. Ve **středověku** duševně nemocným sloužila intuitivní péči malé komunity na bázi příbuzenských vztahů a také klášterní péče. Někteří duševně nemocní pacienti bezcílně cestovali z místa na místo. Také se v tomto období objevuje démonologie a exorcismus, které jsou zřejmé na příkladu honu na čarodějnice nebo různých příkladech vymítání d'ábla. V **renesanci** se již objevuje určitá tolerance k nemocným, ale pořád jsou hojně uvěznováni a zavírání do špitálů, existují tzv. věže

¹ OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012, s. 13.

² ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. 1994, s. 11.

³ ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. 1994, s. 11.

bláznů a různé nápravné instituce. Poprvé se zde také objevují všeobecné nemocnice. **Novověk** je nazýván jako úsvitem psychiatrické léčebny.⁴

Bodů obratu, o kterých bych se chtěl zmínit v mé práci, je celkem pět. Renesanční výklad šílenství oponuje démonologické koncepci duševní nemoci jako důsledku hříchu nebo posedlosti zlými démony. Čas zrození azylů je druhý důležitý bod, který dává vzniknout na konci 18. století prvním psychiatrickým léčebnám. Vydělují se zde z všeobecných špitálů a první ústavy pro choré duchem. Třetí bod je vznik psychanalýzy na přelomu 19. a 20. století. Duševní choroba je vnímána jako patologický důsledek konfliktu jak nitroduševních sil tak i sil společenských. Vznik hnutí mentální hygieny je také velice důležitým bodem. Psychiatrie se začala promítat do běžného života s poznatky, jak si udržet duševní zdraví a ubránit se psychické duševní poruše. Začátek éry psychofarmakologie je poslední bod, který se začal rozvíjet po 2. světové válce, kdy byl vynalezen chlopromazin, což byla první skutečně účinná psychotropní látka.⁵

1.3 Současný stav

Jako velice účinné se vedle psychofarmakologie ukazují také různé druhy psychoterapie. Dnes také existuje jak ambulantní tak lůžková péče. V dnešní době je různě diferencována ústavní péče, která ovšem u nás v ČR funguje v obřích léčebenských komplexech (př. *Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha*), jejichž síť odpovídá potřebám konce 19. a začátku 20. století. Tyto léčebny jsou dlouhodobě pod finančním tlakem a z toho plyne nedostatečné materiální a technické zařízení budov a špatná personální vybavenost. Poskytování psychiatrické péče je tak na úrovni 21. stol. jen v některých oblastech (psychofarmakologie), v některých naopak velice strádá. Průměrná doba hospitalizace za rok 2010 je 86, 2 dne. Jedna třetina pacientů je hospitalizována déle než rok. V roce 2010 bylo v ČR 10 818 lůžek. Z tohoto počtu bylo 9 318 lůžek (86 %) v psychiatrických léčebnách a pouze 1 500 lůžek (14 %) v psychiatrických odděleních nemocnic.⁶ V roce 2011 bylo v ambulancích psychiatrů vyšetřeno 556 456 pacientů, z toho bylo zhruba 60 % žen. Je to o 12 procent větší číslo než rok předtím a od roku 2000 toto číslo stoupl dokonce o 54 procent. Lidé se nejčastěji léčí s neurotickou nebo afektivní

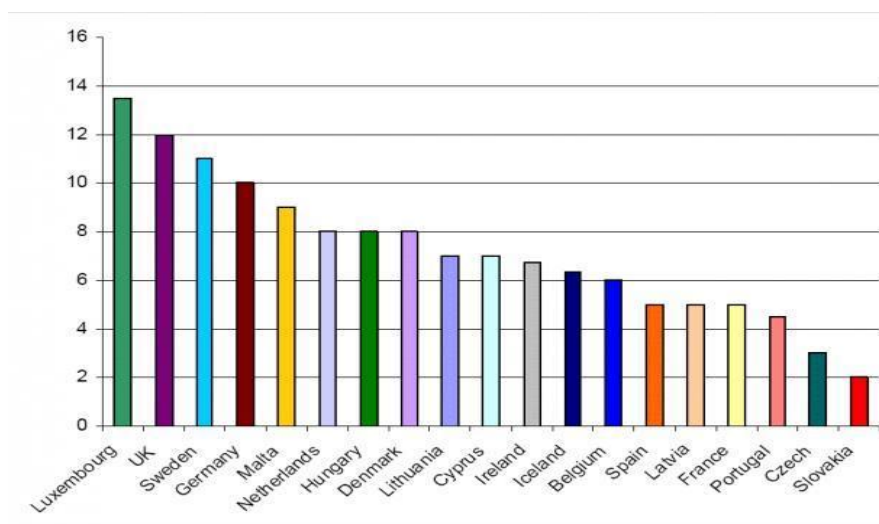
⁴ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. 1994, s. 30 – 31.

⁵ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. 1994, s. 20 – 21.

⁶Bohnicebezhranic.cz [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pece-o-pacienty/soucasny-stav-v-cr/>.

poruchou, schizofrenií a poruchami vyvolané návykovými látkami.⁷ Znepokojující informací je, kolik procent (3%) z celkových nákladů na zdravotnictví v České republice jde právě na psychiatrickou péči. Tato propast mezi financováním psychiatrie a ostatních oborů se rok od roku prohlubuje. Z části by ji měla řešit reforma psychiatrie, které se budu věnovat níže. Financování se odvíjí od názoru na duševní poruchy ve společnosti a je to čistě politické rozhodnutí. Politiky o větším podílu financí na psychiatrickou péči musí přesvědčit poskytovatele této péče v ambulantních, lůžkových a komunitních zařízeních, organizace pacientů a jejich příbuzní. Naše země není pozadu jen ve srovnání se západními kolegy, ale například i s Maďarskem. Pro představu o financování psychiatrie v Evropě přikládám následující graf, ze kterého je patrné, jak špatně na tom naše republika je.⁸

Obr. 1.1: Graf nákladů na psychiatrickou péči (%) z celkových nákladů na zdravotnictví v jednotlivých evropských zemích⁹



⁷Zdravi.e15.cz [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/pacientu-v-ambulancich-psychiatru-loni-vyrazne-pribylo-465526?category=z-domova>.

⁸Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/prispevek-do-diskuse-o-ceske-psychiatrii>.

⁹Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/prispevek-do-diskuse-o-ceske-psychiatrii>.

2. Hranice mezi zdravím a nemocí

Podle definice Světové zdravotnické organizace neboli (World Health Organisation, WHO) je stav zdraví popsán jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli prostá nepřítomnost žádné vady nebo nemoci.¹⁰ Když se nad touto definicí zamyslíme, musí nás okamžitě napadnout otázka, kdo z nás je vlastně úplně zdravý?

Co se týče psychiky, může být hranice mezi zdravím a nemocí ještě hůře určitelná. V případě duševních poruch je v některých místech tato hranice zcela jednoznačná, ale na mnoha místech je naopak velice neostrá. Díky tomu vznikají tzv. hraniční oblasti.¹¹ To znamená, že v těchto oblastech se nemocný člověk nepozná na první pohled, jelikož spousta poruch má skryté symptomy. Je také možné, že je tento člověk schopen příznaky poruchy skrývat nebo si je neuvědomovat. Posléze se může zdravotní stav takovéto osoby zhoršit a je nutné přejít k hospitalizaci.

2.1 Duševní zdraví podle *Světové organizace pro duševní zdraví*

Je to celistvá součást celkového zdraví. Duševní zdraví je pojem vyjadřující stav osobní pohody (well-being), v němž je člověk schopen naplňovat své potřeby, uplatňovat své individuální schopnosti, dokáže zvládat každodenní zátěž a stres, může produktivně a úspěšně pracovat a také je schopen udržovat a konstruktivně rozvíjet vztahy s ostatními lidmi.¹²

2.2 Den duševního zdraví

Tento den připadá každoročně na 10. října. Tato tradice se zrodila v roce 1992 jako jedna z aktivit Světové organizace pro duševní zdraví (World Federation for Mental Health – WFMH). Hlavním cílem této aktivity byla podpora dosažení co nejvyšší možné úrovně duševního zdraví ve všech jeho souvislostech. Vize této federace je svět, ve které bude duševní zdraví základní prioritou nejen zdravotníků, ale také politiků, komunit, institucí států a samozřejmě všech jeho občanů.¹³

¹⁰OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012, s. 11.

¹¹OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012, s. 11.

¹²Národní informační centrum pro mládež [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.icm.cz/svetovi-den-dusevniho-zdravi>.

¹³Národní informační centrum pro mládež [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.icm.cz/svetovi-den-dusevniho-zdravi>.

2.3 Dokumenty k duševnímu zdraví

Duševního zdraví se týká několik důležitých dokumentů. Z těch nejdůležitějších jsem vybral: Koncepce oboru psychiatrie (2001), Zdraví 21 (2003), Pražská koncepce (2003), Akční plán duševního zdraví (2005), Helsinská deklarace (2005) a Zelená kniha (2005). Mezi dokumenty týkajícími se duševního zdraví se dají zařadit také různé kodexy jako např. Etický kodex České lékařské komory, Etický kodex psychologické společnosti, Etický kodex sester, Etický kodex sociálních pracovníků a Etický kodex a práv pacientů. Mezi další důležité deklarace patří: Deklarace práv duševně postižených, Deklarace lidských práv a duševního zdraví, Světová deklarace zdraví, Deklarace o prosazování práv a pacientů v Evropě, Všeobecná deklarace lidských práv, Madridská deklarace atd.¹⁴

Je zřejmé, že dokumentů k duševnímu zdraví je celá řada, aby bylo zachováno, co možná nejvíce práv a svobod duševně nemocných lidí jakékoli etnické nebo národnostní příslušnosti nebo v jakékoli sociální situaci.

¹⁴Česká asociace psychického zdraví [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: www.capz.cz.

3. Ochrana práv duševně nemocných

Duševně nemocní lidé mají samozřejmě naprosto stejná práva jako ostatní lidé, ale otázkou zůstává, do jaké míry jsou dodržována a jakým způsobem je takováto osoba schopna svoje práva vymáhat vlastní pomocí. Proto v dnešní době existuje řada organizací zabývajících se právní pomocí duševně nemocným a celkově jejich stigmatizací např. *stopstigma.cz* nebo *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*.

3.1 Ochrana práv duševně nemocných z perspektivy WHO

Podle práce Mgr. Lucie Ripové komentující zprávu WHO z roku 2001, je na Zemi více než čtvrtina zemí nemá specifickou legislativu pro duševní zdraví a mezi tyto země patří i Česká republika. Také zde uvádí, že 1/5 zákonů vznikla v době před vyvinutím moderních možností léčby. Podle ní zpráva tvrdí, že by státy měly věnovat zvláštní pozornost stigmatizaci a porušování práv pacientů, problémům s bydlením a zaměstnávání duševně nemocných pacientů. Do legislativy by měly být zapojeny skupiny, kteří jsou zvláště zranitelní, jako děti, adolescenti a staří lidé a pak samozřejmě také imigranti a celkově národnostní a etnické menšiny.¹⁵

3.2 Situace v ČR

Jak už bylo řečeno i Ripová ve své práci uvádí, že duševně nemocní lidé v důsledku svého nemocnění nejsou schopni svoje práva hájit, a tak často dochází k ohrožení práv v rámci zaměstnání, majetku, hospitalizace nebo soudního jednání. Vše souvisí s tím, že je tato legislativa zastaralá a nepřehledná, jak píše Ripová. Často se stává, že takto postižení lidé ztrácí způsobilost k právním úkonům, někdy i bez exaktního zdůvodnění. Také se děje, že pacienti jsou často léčeni bez svého souhlasu a nejsou dostatečně seznámeni s léčbou. Touto zprávou poukazuje Ripová na nutnost legislativní reformy v této oblasti.¹⁶

¹⁵Ripová L. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.fokus-cr.cz/index.php/dokumenty/category/14-stanoviska-a-vyzvy?download=30:ochrana-prav-dusevne-nemocnych-v-ceske-republice>.

¹⁶Ripová L. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.fokus-cr.cz/index.php/dokumenty/category/14-stanoviska-a-vyzvy?download=30:ochrana-prav-dusevne-nemocnych-v-ceske-republice>.

3.3 Stigmatizace duševně nemocných

*„Stigmatizace je společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak připisovány záporné vlastnosti nebo je to také výraz pro předem dané záporné ohodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci“*¹⁷

*„Nadřazení skupinových vlastností nad vlastnostmi individuálními, strach a nedostatečná informovanost vedou k diskriminaci duševně nemocných.“*¹⁸

Důsledky stigmatizace se odráží v nezaměstnání, v problémech s bydlením a penězi, v izolaci duševně nemocného, v menší spolupráci s lékaři a tím i menší ochotě se uzdravit. A tak se duševní zdraví nemocného často horší a vzniká takový nešťastně začarovaný kruh.¹⁹

V únoru 2015 Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) v rámci výzkumu Naše společnost zjišťovalo postoj obyvatel ČR k jednotlivým skupinám obyvatelstva. Tento vztah byl zjišťován pomocí otázky „Koho byste nechtěli za souseda“. Tento výzkum ukázal velkou distancovanost od psychicky nemocných lidí. Člověka s duševní poruchou by za souseda nechtělo 70 % dotázaných a v žebříčku skončili duševně nemocní na čtvrtém místě. Před nimi byli už jen lidé závislí na drogách (91 %), alkoholu (78 %) a lidé s kriminální minulostí (76 %).²⁰

¹⁷HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 9788073675691.

¹⁸Wenigová, B. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: www.stopstigma.cz/files/Stigma%20a%20psychiatrie.docx.

¹⁹Wenigová, B. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: www.stopstigma.cz/files/Stigma%20a%20psychiatrie.docx.

²⁰Centrum pro výzkum veřejného mínění [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a7358/f3/ov150316.pdf

4. Transformace psychiatrické péče

V současné době se v české psychiatrii hodně mluví o reformě nebo o přípravách reformy psychiatrické péče, které už Ministerstvo zdravotnictví ČR zpracovává. Týkat by se měla narušování lidských práv pacientů a vůbec zacházení s nimi, vysokého podílu lůžek následné péče ve velkých psychiatrických léčebnách. Dále by se měla týkat přerozdělování prostředků na psychiatrickou péči v EU a toho, že prostředky na rozvoj mimonemocničních služeb jsou vázány na velké léčebny. Proto by tato transformace měla směřovat k deinstitucionalizaci, potažmo k rozmělnění velkých psychiatrických komplexů tak, aby péče maximálně probíhala v podmínkách běžného života. Nezbytná lůžková péče by se tedy mohla přesunout do všeobecných nemocnic na specializovaná oddělení. Dále by se měly rozvíjet služby jako ambulance specialistů, terénní služby, služby krizové intervence, domácí léčba s využitím terénních sester, služby denních stacionářů a denních nízkoprahových zařízení a v neposlední řadě služby zajišťující sociálně pracovní rehabilitaci a podporu práce na volném pracovním trhu. Podle reformy by také měla péče probíhat regionálně s definicí určitých spádových oblastí.²¹

Ministerstvo zdravotnictví strategii transformace psychiatrické péče představilo na tiskové konferenci 8. října 2013. Na konferenci se také mluvilo o Centrech duševního zdraví, která by měla vznikat postupně po celé republice. K přehlednosti celé transformace existuje webová stránka www.reformapsychiatrie.cz, kde se dá nalézt vše podstatné o této reformě.²² Rok 2013 byl rokem plánování celé této strategie. Podle taktického plánu byly v roce 2014 spuštěny rozplánované projekty. Tranzitní fáze této reformy by měla mít podle odhadů konec v roce 2020.²³

²¹Green Doors [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/petice-deklarace>.

²²Lidemezilidmi.cz [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-strategii-transformace-psychiatricke-pece>.

²³Reformapsychiatrie.cz [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.VT-Np9Ltmko>.

5. Psychopatologie

Toto téma musí být nezbytná součástí této práce, jelikož psychopatologie je teoretická věda, která se přímo zabývá všemi duševními poruchami. V následujících řádcích uvedu definici této vědy, klasifikaci duševních poruch a také popíši některé z příčin těchto poruch.

5.1 Definice psychopatologie

Nauka o psychických nemocech, chorobných a hraničních duševních jevech se nazývá psychopatologie. Tento pojem je odvozen z řeckých *psyché* – duše a *pathologia* – nauka o chorobách. Tento obor se zabývá diagnostikou, klasifikací a výzkumem jak duševních poruch a chorob, tak hraničních stavů. Psychopatologie proniká řadou teoretických i praktických oborů jako je medicína, psychologie, speciální pedagogika, sociologie apod. Je tedy zřejmé, že psychopatologii studují nejen lékaři (psychiatři) jako psychiatrii, ale i psychologové²⁴, sociální pracovníci, pedagogové apod.²⁵ Na rozdíl od psychiatrie, která se v praxi zabývá medikamentózní léčbou a je tudíž lékařskou disciplínou, je psychopatologie teoretický psychologický obor zabývající se duševními poruchami a jejich hraničními stavy. Je to pouze věda, která má za úkol shromáždit informace o určitém jevu a předávat je dál.

5.2 Klasifikace duševních poruch

Klasifikace je procesem vytváření kategorií a na základě podobnosti uspořádává objekty a jevy do souborů a skupin. Jako oficiální klasifikace je od roku 1992 v Evropě používána *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*, která u nás platí od roku 1993. Tato klasifikace se nepoužívá všude na světě, například v Americe nebo Austrálii se jako oficiální klasifikace používá *4. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV)*. Já se ale v mé práci budu věnovat MKN-10 a v následující části uvedu stručný přehled této klasifikace. Ještě je třeba si říci, že v této klasifikaci jsou duševní poruchy označeny písmenem F.²⁶

²⁴OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 11.

²⁵OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 13.

²⁶OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 86 – 90.

F00 - F009 Organické a symptomatické duševní poruchy

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

F20 – F29 Schizofrenie, schizofornní poruchy a poruchy s bludy

F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

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

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

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování dospělých

F70 – F79 Mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

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

F99 Duševní porucha jinde a jinak nespécifikovaná

Podle uznávaného českého psychologa PhDr. Václava Pinkavy, CSc. (pseudonym: Jan Křesadlo) se obvykle v psychiopatologii dělí duševní poruchy a anomálie na tři základní kategorie a to jsou **neurózy, psychózy a psychopatie**. Dalo by se říct, že neurózy se považují za mírnější poruchu s klidnějším průběhem, nevyžadují hospitalizaci v psychiatrickém zařízení a neznemožňují běžný život. Oproti tomu psychózy jsou těžší poruchy, kde je nutná hospitalizace a lidé se pak na pacienty s psychózou dívají jako na blázny. Obě tyto kategorie jsou poruchy, které přicházejí, mají svůj průběh a také odcházejí, často se také různě vyvíjejí. Psychopatie je naopak jakási konstantní anomálie, která trvá celý život a je neměnná a prakticky nevléčitelná.²⁷

Je také důležité říci, že ne vždy platí, že neuróza je lehčí forma poruchy a že neznemožňuje běžný život. Existují případy tzv. fobické nebo obsedantní neurózy tak těžké, že například znemožňují pacientovi výkon povolání. Další rozdíl mezi těmito kategoriemi je náhled nemocné osoby, tzn. je-li si vědoma svých duševních stavů. Vždy ale neplatí, že u neurózy se vyskytuje a u psychózy nikoli.²⁸

Do duševních poruch ještě patří také **slabomyslnost nízkého stupně**, což ovšem nejde zařadit do neuróz, psychóz ani do psychopatií.²⁹

²⁷KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. 2001. s. 23.

²⁸KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. 2001. s. 24.

²⁹KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. 2001. S. 24.

5.3 Příčiny vzniku duševních poruch

Charakteristika příčin duševních poruch je velice různorodá a komplexní. V rámci příčin těchto poruch, je důležité zaměřovat se na člověka z pohledu biologického, psychického, sociálního a také jakéhosi přesahového (spirituálního). Všechny tyto roviny lidského bytí jsou propojené a změna v jakékoliv oblasti vyvolá změny i v oblastech ostatních. Tento přístup se nazývá komplexní. Psychika i celý lidský život se vyvíjí jako propojení vrozených a v průběhu nitroděložního života získaných dispozic a faktorů, které působí po narození. Tyto faktory jsou nejčastěji ovlivňovány rodinou a blízkým okolím, ale také prožitými událostmi a aktivitami.³⁰

5.4 Biologické aspekty vzniku duševních poruch

Předpokladem v současné psychiatrii je, že spolupůsobením většího počtu genů je vytvořen předpoklad - dispozice k rozvoji určitých patologických vlastností tedy i ke vzniku duševních chorob. Ovšem podíl genů na vzniku různých duševních onemocnění je různý. Na biologické úrovni jsou příčiny hledány v rámci tří soustav a těmi jsou nervový, hormonální a imunitní systém, které se navzájem ovlivňují.³¹

Mezi **biologické příčiny** také může patřit řada **exogenních faktorů**. Chemický charakter faktoru může mít předávkování jedy, léky alkoholem a jinými návykovými látkami, fyzikální charakter má například úraz hlavy a biologický například napadení parazitem. Závažnost působení těchto vlivů na člověka není závislá jen na kvalitě a kvantitě těchto projevů, ale také na době ve vývoji jedince. Deformace těmito faktory je rozdílná v době plodu, dítěte či dospělého člověka a většinou platí, že čím dříve začne faktor působit, tím je poškození závažnější.³²

Do těchto biologických aspektů řadíme také **endogenní faktory** kam patří onemocnění primárně postihující mozek (nádory, ischemie) nebo též sekundárně (metabolické, hypoxie – pokles hladiny kyslíku, dehydratace).

Obrana proti těmto negativním faktorům je tzv. komplex ochranných biologických faktorů. Tato obrana zahrnuje obecnou schopnost se přizpůsobit na nepříznivé vlivy něco jako princip přežití, obecnou tělesnou imunitu a také třeba schopnost využívat energetické rezervy apod. Je také důležité říci, že bez této obrany by žádný jedinec ani lidský

³⁰OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 21.

³¹OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 23.

³²OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 24.

druh nepřežil.³³

5.4.1 Psychosociální aspekty vzniku duševních poruch

Člověk není izolovaný a je závislý na lidských vztazích, které ho do značné míry ovlivňují. Už od vzniku embrya je lidská bytost v nějakém vztahu s někým a tyto vztahy hrají významnou roli v rozvoji a fungování zdravého člověka, ale také při vzniku některých duševních poruch. Základní je vztah matka – dítě, později se přidávají interakce s dalšími osobami, jako je otec, vrstevníci, různé autority a další. Rodina je vůbec nejzásadnější sociální skupina, přináší materiální zabezpečení, emoční vazby, ale také obraz celé lidské společnosti. Absence rodiny nebo rodina neschopná plnit tyto funkce mohou mít patologické vlivy ve vzniku psychického onemocnění, ale není to podmínkou. Stejně tak může onemocnět člověk z rodiny utvářené z harmonických vztahů.

Kromě rodiny se na vývoji psychiky jedince podílí další skupiny jako například už zmíněné vrstevnické nebo pracovní kolektiv. Určitou roli hraje také vliv širší společnosti a sociokulturní prostředí.

Zdravá i poruchová osobnost se samozřejmě nevytváří jen v dětství nebo v období dospívání. Vliv mají aktuální sociální ztráty, sociální konflikty, intrapsychické konflikty, různé frustrace a traumata, ale také krize a deprivace.

V průběhu života na člověka dále působí určité stresové faktory, jež rozvíjí stresovou reakci, kterou každý člověk prožívá jinak a tím pádem se různě podepisuje na psychiku jedince.

V této oblasti vzniku psychických onemocnění také existuje komplex ochranných faktorů, který do sebe zahrnuje odolnost, houževnatost, řadu vloh a individuálních charakteristik, ale i získaných vědomostí a dovedností, umění a snahu řešit problém, udržení kontroly apod.³⁴

³³OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 25.

³⁴OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 38 – 39.

6. Vybrané duševní poruchy

V této části práce bych se rád zaměřil na popis konkrétních duševních poruch. Jelikož je tato množina velice obsáhlá, budu věnovat pozornost pouze těm nejzásadnějším a nejzávažnějším kategoriím, z nichž vždy vyberu pár příkladů. Nebudu zde vůbec rozvádět neurózy a poruchy vyvolané stresem obecně, stejně tak poruchy vyvolané působením psychoaktivních látek a organické duševní poruchy. Také se nechci pouštět do popisu primárních poruch jako jsou mentální retardace apod. O tom si myslím, že by moje absolventská práce být neměla, jelikož v zařízení, kde pracuji, se věnujeme lidem s následnou duševní poruchou.

V první řadě se zaměřím na psychotické poruchy a to konkrétně na schizofrenii, schizofektivní a schizotypní poruchy. Další téma budou poruchy nálad neboli afektivní poruchy. Jako poslední kategorii přiblížím poruchy osobnosti a chování dospělých.

Vybral jsem, myslím, onemocnění dostatečně demonstrující představu, co je to duševní porucha. Nechci nějak zabíhat do přílišných podrobností, a tak budu popisovat jak nemoc vypadá, jak se pacient chová popřípadě, jak takto nemocného člověka pozná běžný laik. Také bych se chtěl aspoň zlehka zaměřit na komunikaci s pacientem pro případnou stigamizaci těchto osob. V závěru této kapitoly bych chtěl věnovat pár řádek boji proti mýtům a předsudkům většinové společnosti pomocí jedné mediální kauzy.

6.1 Schizofrenie, schizoforní poruchy

6.1.1 Schizofrenie

Co je to vlastně schizofrenie? Název vychází z řeckých slov *schizein* – štěpit a *frén* – mysl, takže to znamená jakýsi rozštěp mysli. Tento pojem je ovšem mnohdy zavádějící. Schizofrenie je mnohotvárné duševní onemocnění. U pacientů se většinou významně mění prožívání, chování a i postoj ke skutečnosti. Různou měrou je narušené vnímání, myšlení, emoce, motivace a chování. Orel také uvádí, že schizofrenie je "nemoc sta tváří", což znamená, že každý člověk se schizofrenií má jiné příznaky, jiné chování a celkově jiný průběh nemoci. Nejčastěji nastupuje v adolescenci a vyskytuje se stejně často u mužů i u žen. Zhruba u dvou třetin nemocných má schizofrenie tendenci stávat se chronickou a zkracuje tak délku života.³⁵ Křesadlo ve svém díle uvádí, že první, kdo přišel se společnými příznaky schizofrenie byl v devadesátých letech 19. století Emil Kraepelin,

³⁵OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 114 – 115.

který to ovšem nenazýval schizofrenie, ale překotná nebo rychlá demence. Oproti demenci však schizofrenici inteligenci neztrácí, pouze se u nich ztrácí schopnost ji používat.³⁶ Schizofrenii je možno diagnostikovat, pokud její příznaky jsou jasně vyjádřeny po dobu alespoň jednoho měsíce.³⁷

Jak se vlastně pozná člověk se schizofrenií? Vnější projevy onemocnění mohou podle české doktorky Zuzany Foitové vypadat následovně. Člověk je nervózní, mluví nesouvisle, mění rychle plány, často se něčeho strachuje, je napjatý, úzkostný, mluví o ohrožení, pomlouvání apod. Také může podnikat různé akce na svoji ochranu proti domnělému nebezpečí například ucpává okna, dveře, vypíná si plyn, odpojuje elektrické spotřebiče, jako třeba televizi a rádio, vyhazuje jídlo atd. Často bývá považován za podivína, což je důsledek stigmatizace této nemoci. Někdy si povídá sám pro sebe, přestává komunikovat s nejbližšími, je nesoustředěný a špatně spí. Velice často trpí výkyvy nálad a někdy prožívá tzv. mánie, což je nadnesená nálada, bezstarostnost a činnost bez ohledu na budoucí důsledky. Víc než mánie se u schizofrenika projevuje deprese tedy pocity méněcennosti, smutku, beznaděje a špatného mínění, jak o sobě, tak i o celém světě. Tito lidé mohou přestat dbát o svůj zevnějšek a osobní hygienu. Také přestávají chodit do práce nebo ji zvládat, nakupovat si, uklízet i vařit a izolují se doma ve svém vnitřním světě.³⁸

Příznaky schizofrenie se mohou dělit na pozitivní, což jsou příznaky, kde je na něčem vidět zkreslenost nebo změna lidského fungování (bludy, halucinace) a negativní, u kterých se naopak vůbec neobjevuje nebo se zmenšuje schopnost některých lidských funkcí (apatie, emoční sploštělost). Obecně se příznaky schizofrenie dělí na poruchy vnímání, kam patří typické halucinace nejčastěji hlasové, ale také odnímání či vkládání myšlenek. Další kategorií příznaků jsou poruchy myšlení. Sem řadíme bludy. Ty se mohou týkat ovlivňování, pronásledování, ale také se mohou objevit bludy nepatřičné dané kultuře a době. Do poruch emocí se nejčastěji zařazuje emoční a citová oploštěnost. Poslední část příznaků poruchy chování reprezentuje především ztráta zájmů, apatie a bezcílnost. Občas se objevuje i negativismus, mutismus nebo vosková ohebnost.³⁹

V dnešní době se schizofrenie dělí na několik druhů podle příznaků a obrazu pacienta.

³⁶KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. 2001. s. 44.

³⁷OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s.115.

³⁸FOITOVÁ, Zuzana, Mudr., *Schizofrenie*. Praha: Fokus. 2008. s. 1 – 2.

³⁹OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 115.

Při **paranoidní schizofrenii** jsou typickým příznakem bludy a halucinace, ale poruchy emotivity se v takové míře nebo vůbec nevyskytují. U **hebefrenní schizofrenie** se pacient naopak chová velmi emotivně a nápadně, objevují se dětinské způsoby, negativismus a dezorganizace v chování a emocích. **Katatonní schizofrenie** je specifická poruchami hybnosti jakou jsou neúčelná motorická aktivita, stupor nebo vosková ohebnost. **Simplexní schizofrenie** se asi nejvíc ze všech druhů této nemoci vyznačuje poklesem aktivity, stažením do vlastního světa, apatií, ztrátou zájmů a celkovým útlumem. Pokud pacient splňuje kritéria schizofrenní poruchy, ale známky jeho onemocnění nejsou příznačné ani jednomu z uvedených druhů, jedná se o **nediferencovanou schizofrenii**.⁴⁰

Co způsobuje schizofrenii? Vědci se shodují na tom, že na propuknutí schizofrenie se podílí více faktorů a nikdy nestačí jen jeden. Ve hře jsou určité genetické dispozice k onemocnění, které se můžou, ale nemusí projevit.⁴¹ Příčiny se hledají v rámci celého bio-psycho-sociálního spektra.⁴² Podíl biologických, psychologických a sociálních vlivů na vzniku nemoci je u každého pacienta jiný.

Z psychologického pohledu se zdá, že lidé, kteří onemocněli schizofrenií, byli už dříve častěji než jiní lidé uzavření, plaší, úzkostní, zvýšeně citliví na konflikty. Někteří si poté snaží pomoci různými látkami, ať už alkoholem nebo drogami, což vlastně zvyšuje riziko propuknutí psychózy. Také mladí lidé v období dospívání, kde hrají roli, různé vnitřní konflikty ve spojitosti se zvýšenými nároky společnosti (uč se, chovej se zodpovědně), jsou ohroženi, pokud nemají dostatečnou psychickou obranu, psychózou v rámci schizofrenie.

Z biologického hlediska se schizofrenií souvisí látka zvaná **dopamin**. Je to přenašeč vzruchů mezi nervovými buňkami. Pokud je dopaminu příliš, nedokážou se signály zpracovávat a začínají fungovat chaoticky. Také další faktory mají vliv na vznik této nemoci: dědičnost, porodní komplikace, těžké nemoci v dětství, špatná výživa, růst a hormonální změny, zneužívání drog, u žen menstruační cyklus, těhotenství, porod a kojení.⁴³

Ze sociálního pohledu má velký význam pro vznik schizofrenie prostředí, v němž člověk žije jako rodina, přátelé, škola či zaměstnání. Z těchto zdrojů může pramenit podpora a pohoda, ale také napětí a stres. Velkou zátěží bývají i náhlé složité životní

⁴⁰OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 116.

⁴¹FOITOVÁ, Zuzana, Mudr., *Schizofrenie*. Praha: Fokus, 2008. s. 3.

⁴²OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 121.

⁴³FOITOVÁ, Zuzana, Mudr., *Schizofrenie*. Praha: Fokus, 2008. s. 4.

situace.⁴⁴

Komunikace se schizofrenikem by neměla být, nějak zvlášť odlišná od komunikace se zdravým člověkem, ale měla by obsahovat určité náležitosti. Důležité je nebýt vztahovačný a nebrat, vše co pacient říká doslova a osobně. Zacházení se schizofrenikem vyžaduje určitou zkušenost, takt a snad i talent a hlavně lidský přístup jak uvádí Křesadlo. Například na nepřátelské a odmítavé chování pacienta se má reagovat jakýmsi přívětivým přezíráním, a nikoliv, jak by k tomu byl přirozený sklon, vlastní nelaskavostí. Pacient za čas změni své chování a začne přátelsky spolupracovat.⁴⁵ S nemocným jednáme stejně jako s každým jiným člověkem na úrovni, podle jeho intelektu a je důležité mít na paměti, že často takto nemocní mívají problém s pamětí a soustředěním, takže vše radši opakovat a ujišťovat se, jestli pacient všemu rozumí. Co se týče krizové situace, kdy například pacient zažívá úzkost nebo slyší hlasy, je důležité zachovat určité body. Pokud se jedná o bludy, tak je nevyvracet ani nepotvrzovat. Používání ironie v tomto případě není vůbec vhodné. Měli bychom zjistit, jestli to, co se děje, je běžné nebo ojedinělé, nabídnout krizové kontakty, zeptat se co by mohlo ulevit a umožnit prostor pro odpočinek. Důležitá je v tomto ohledu otevřená komunikace, ale nesmí přesahovat hranice pacienta.

Myslím, že je taky vhodné říct si o této nemoci něco v dějinném pozadí. Schizofrenie zde snad byla od té doby, co je člověk člověkem. Ve společnosti byla (a v menší míře stále je) zdrojem posměchu a obav z nemocných. V minulých dobách bylo nemálo schizofreniků upáleno na hranici pod nálepkou "posedlosti ďáblem". Prakticky až do poloviny 20. století zde nebyla jakákoli účinná terapie. Pokud se podíváme do historie, tak schizofrenií pravděpodobně trpěla řada známých osobností, jako například anglický fyzik a matematik Isaac Newton, hudební skladatel Georg Friedrich Händel nebo americký spisovatel Jack Kerouac. Dobře zfilmovaný je příběh Johna Forbese Nashe, laureáta Nobelovy ceny za ekonomii, který nese název Čistá duše (2001). V průběhu dějin se používala řada terapií, které byly ordinovány na tzv. bláznoství (*mešuge* z hebrejštiny): například pálení elektrickými úhoři, hladovění apod. Zajímavostí je, že, nejlepší péče nemocným se dostávalo v islámském světě, kde byli za vysoce humánních podmínek

⁴⁴FOITOVÁ, Zuzana, Mudr., Schizofrenie. Praha: Fokus, 2008. s. 5.

⁴⁵KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. 2001. s. 64.

hospitalizováni ve speciálních zařízeních tzv. Bímáristánech. Obecně byl ale středověk k takovýmto pacientům velice tvrdý. Moc byla v rukách katolických kněží, pro které byly všechny symptomy nemoci důkazem posedlosti ďáblem a ordinovali mučírny a hranice.

Nové objevy a teorie v této věci v psychiatrii přišly až na začátku 20. století, kdy byl nejdříve zaveden termín předčasná demence, později schizofrenie a různé její druhy. Dále se také začala vyvíjet farmaceutická léčba.⁴⁶

Prevalence schizofrenie se udává kolem 1 – 1,5 %, což je celkem vysoké číslo, když zvážíme, že podle Českého statistického úřadu k 31. 12. 2014 žilo v Praze 1 256 079.⁴⁷ Z těchto údajů tedy vyplývá, že jen na Prahu připadá nejméně 12 591 schizofreniků za uplynulý rok.

Na závěr bych chtěl jen upozornit, že schizofrenici nejsou nic, čeho bychom se měli obávat a nějak toto onemocnění negativně stigmatizovat, i když nedávne nešťastné (tedy mediálně vděčné) případy ze Žďáru či Uherského Brodu nás přesvědčují o opaku. Ke kauze v Uherském Brodě se budu ještě níže věnovat.

6.1.2 Schizoafektivní porucha

Toto onemocnění je kombinací poruchy nálad a jasných příznaků schizofrenie. Existují tři typy této poruchy, **manický**, kde se kombinují symptomy schizofrenie a chorobně zvýšená nálada. V kombinaci schizofrenie a pokleslé nálady hovoříme o **depressivním** typu schizoafektivní poruchy. **Smíšený** typ je kombinací typů předešlých. Je zajímavé, že prognóza této poruchy oproti klasické schizofrenii bývá zpravidla lepší. Je zde překonána vlivem deprese nebo mánie emoční oploštělost, které se pacienti s normální schizofrenií těžko zbavují.⁴⁸

6.1.3 Schizotypní porucha

Touto diagnózou je označen pacient s běžnými příznaky schizofrenie – stažení se do sebe, emoční sploštělost, úzkost, nemluvnost, depresivní ladění. Dalšími příznakem na rozdíl od běžné schizofrenie je anomální myšlení s magickými prvky. Dále je to výstřední a nápadné chování, které neodpovídá situaci.

Projevy ani rozpad psychiky nejsou u pacienta se schizotypní poruchou nikdy tak intenzivní jako u samotné schizofrenie, proto se občas tato porucha označuje jako její

⁴⁶OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 119 – 120.

⁴⁷Český statistický úřad [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xa>

⁴⁸OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 123 – 124.

předstupeň. Někdy se o této poruše také mluví jako o mezistupni mezi schizofrenií a poruchou osobnosti.⁴⁹

6.2 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

Už podle názvu *afektivní* je jasné, že se u těchto poruch vyskytuje chorobná změna afektivity, tzn. náladovosti. Stejně jako schizofrenie patří tyto poruchy mezi tzv. endogenní, což znamená vznikající uvnitř člověka z neznámých příčin. Takže podobně jako u schizofrenie existuje léčba pouze symptomů, neléčí se příčiny či podstata nemoci, ale jenom její projevy.⁵⁰

Laicky by se dalo říct, že špatnou náladu má občas každý a u každého také občas kolísá, avšak kolísání při afektivních poruchách se vymyká běžnému kolísání nálad u zdravého člověka. Důležité při léčbě je vždy včas a správně toto onemocnění rozpoznat. Poruchy nálady ovlivňují všechny oblasti lidského bytí. Projevují se ve změnách například racionality, výkonosti, motivace motoriky, pozornosti apod.⁵¹

6.2.1 Mánie

Lidé s touto diagnózou se projevují patologicky zvýšenou náladou, která je většinou dobrá, plná euforie často neadekvátní a přehnaného optimismu. Pacient nemusí mít jen dobrou náladu, ale může se u něj objevovat i podrážděná a zlostná, v tomto případě je to rezonantní nálada.

Člověk s mánií je velice společenský, nedělá mu problém navazovat kontakty, je přátelský a vstřícný. Občas tato bezprostřednost může obtěžovat okolí, například telefonáty, návštěvami apod. Také je u tohoto onemocnění rozvinutější aktivita, pacient dělá spoustu věcí, ale málokdy je schopen tyto věci dokončit. To samé platí i o jeho nápadech, které ne vždy dotáhne do úspěšného konce. Problém pro jeho okolí může způsobovat i nekontrolovatelnost majetku, kdy je schopen takovýto člověk utrácet a rozdávat své finance. Myšlení je zrychlené a to samé platí i pro řeč a projev i hlasitost projevu. Tím se člověk stává velice nápadný, rychle mění témata a často na sebe poutá pozornost i zevnějškem (hlavně úpravou vlasů a oblečením). Při této poruše nálady se také zmenšuje potřeba spánku a unavenost. Sexuální apetence ovšem roste. Sebevědomí

⁴⁹OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 125.

⁵⁰KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. 2001. s. 74.

⁵¹OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 125.

zasaženému člověku rozhodně nechybí, naopak narůstá. Vztah k jídlu může být jak nechutenství, tak vysoký apetit, který hraničí až se žravostí. Obecně bychom mohli označit takto nemocného člověka za přehnaného exhibicionistu nebo někoho, kdo se chová jak „utržený ze řetězu“.⁵²

Závažnými riziky jsou zde rozbití sociálních a materiálních vazeb, přílišné užívání alkoholu a drog, ale také nebezpečí různých úrazů. Snadno se také člověk stává agresivním a nekontrolovatelným. U pacientů se rovněž mohou objevit psychotické příznaky, jako jsou bludy a halucinace. Podle MKN–10 se tak jeho stav označuje buď jako manická fáze s psychotickými příznaky, nebo manická fáze bez psychotických příznaků. Nemocný člověk ztrácí náhled na situaci a není schopen odhadnout důsledky svého chování. Diskutovaná porucha je také důvodem k nedobrovolné hospitalizaci v psychiatrické péči, neboť je ohrožen on sám i jeho okolí.

Mánie se podle konkrétního klinického obrazu dělí na simplexní, která je provázena euforickou náladou. Mánie rezonantní se naopak vyznačuje podrážděností a zvýšenou agresivitou. Inventorní mánie se projevuje objevováním nových objevů a vynálezů nebo třeba různých reforem. Existuje i druh mánie religiózní, která souvisí s náboženskými obsahy. Konfuzní mánie je typická zmatenou řečí a chaotickým chováním. Poslední druh mánie stuporózní, je stav, kdy dotyčný pouze leží s úsměvem na tváři a není schopen řeči ani jakéhokoliv pohybu.⁵³

Pro diagnózu mánie je důležité, aby stav zvýšené nálady trval nejméně týden, poté už je na místě hospitalizace. Existuje také stav se slabšími projevy než při mánii, tento stav se nazývá hypománie. V tomto stavu je dotyčný schopen ovládat svoje chování i myšlenky a neztrácí nadhled, nedochází ani k přerušování osobních a pracovních vazeb.⁵⁴

6.2.2 Deprese

Neboli zastarale melancholie (tento pojem byl vytlačen v průběhu 19. a 20. století) se projevuje opačným chováním než při mánii. Hlavní roli hraje utlumená a úzkostná nálada, nerozhodnost, život se tím velice nekomplikuje. Nemocný má pocit, že není nikomu prospěšný a je většinou přesvědčen o své zbytečnosti.⁵⁵ Tato ztráta motivace žít trvá podobu alespoň dvou týdnů. Nejintenzivnější bývají depresivní stavy po ránu, kterým se

⁵²OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 125.

⁵³OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 126.

⁵⁴OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 127.

⁵⁵KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. 2001. s. 80.

říká ranní pesimi.⁵⁶

Pacient s depresí ztrácí na jakoukoli činnost energii. S tím souvisí změna v pracovních výkonech, ve svižnosti a rychlosti provedení těchto úkonů, oproti stavu před touto nemocí. Černé myšlenky jako jsou pocity viny, bezcennosti a bezvýchodnosti, které hromadí a expandují, mohou nabýt až formu bludu.⁵⁷ Vyskytují se také psychotické příznaky jako jsou bludy a halucinace. Bludy při depresích mají mnoho forem. Lidé se mohou domnívat, že nemají peníze na obživu své rodiny, že mají nevléčitelnou chorobu nebo že právem trpí za své hříchy. Mohou také nastat strachy z odsouzení apod. Pod vlivem takto úzkostných nálad dochází k sebepoškození.⁵⁸

Při depresích nehrozí jen sebepoškození, ale velice často je tato porucha spojena se suicidálním jednáním – sebevražednými tendencemi. Pacient má časté myšlenky na smrt, které se mu zdají být jako vhodné nebo dokonce jediné řešení pro ukončení jeho trápení. Vliv má samozřejmě hloubka deprese.⁵⁹

V depresi klesá mentální výkon, což znamená ztrátu schopnosti delší koncentrace a zhoršuje se také paměť. Občas toto onemocnění připomíná svými projevy demenci. Člověk s demencí není schopen prožívat radost. Nic, ani věci které ho před vypuknutím deprese bavili, ho nedokáží udělat šťastným. Příznačná pro tuto nemoc je také snížená chuť k jídlu, pacienti s depresí většinou ztrácí tělesnou hmotnost. Ovšem u lehčích forem depresí může docházet k zajídání špatné nálady a to pak váha pacienta naopak roste. Toto procento pacientů je ovšem menší. Typickým znakem deprese jsou také poruchy spánku, jako obtížné usínání a předčasné probouzení.

Co se týče tělesných projevů při depresi, většinou se snižuje jejich intenzita, ale existují i formy, které doprovází neklid jako klepání nohou apod. Pacienti také často popisují bolestivé tělesné obtíže jako jsou bolesti končetin, potíže s trávením nebo třeba tlak v oblasti hrudníku. Také se mohou zhoršovat dosavadní nemoci.⁶⁰

Pojem maskované nebo larvovaná deprese označuje takovou formu deprese, kde různé tělesné neduhy překryjí psychické projevy demence. Člověk s touto diagnózou chodí od doktora k doktorovi a ti většinou nedokáží jeho problémy vyléčit, protože je neléčí jako depresi, ale jako běžné somatické potíže. Tomu to člověku se tak pořád nedaří

⁵⁶OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 128.

⁵⁷OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 128.

⁵⁸KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. 2001. s. 80 – 81.

⁵⁹OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 129.

⁶⁰OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 129 – 130.

vyléčit, stále je nešťastný a stále se snaží najít odborníka, který ho vyléčí.⁶¹

Člověka s depresí lze poznat podle výrazu tváře a ohnutému nebo sevřenému držení těla. Gesta jsou nevýrazná a zpomalená. Tuto nemoc také doprovází pláč, ale není to pravidlo, někdy už pacienti nejsou schopni ani plakat. Mluvení je pomalé, tiché a bez náboje. Občas v hlubokých depresích o sebe lidé přestávají dbát a zanedbávají hygienu, jelikož na to nemají myšlenky. Ztráta energie se u těchto lidí také odráží v mezilidských vztazích. Často se izolují a přerušují kontakty ať už s přáteli a známými, nebo dokonce i s rodinnými příslušníky.

Afektivní poruchy jako je deprese mohou mít různou dobu trvání, ale jsou většinou dlouhodobějšího charakteru. Dokonce i dobře léčená deprese trvá několik měsíců.⁶² Depresi nelze nijak předcházet, neexistuje proti ní žádná prevence a také nelze zabránit tomu, aby přišla v chronickou fázi nemoci. Oproti tomu ovšem existuje účinná léčba psychofarmaky a elektrošoky (dnes výjimečně). Depresi lze léčit lépe než mánii a na rozdíl od schizofrenie nezanechává trvalé psychické defekty, záleží ovšem na průběhu a okolnostech. Vyléčený se pak může vrátit do jakkoli duševně náročného zaměstnání.⁶³

V MKN – 10 se deprese dále rozděluje podle intenzity a příznaků různých fází. U některých lidí se objeví jediná epizoda deprese a po odeznění příznaků, už se tato nemoc nikdy nemusí vrátit. Diagnosticky se tedy dělí deprese na lehkou depresivní fázi se somatickými nebo bez somatických příznaků, středně těžkou depresivní fázi se somatickými nebo bez somatických příznaků a těžkou depresivní fázi buď s psychotickými příznaky nebo bez nich.⁶⁴

V populaci se deprese vyskytuje v pěti procentním zastoupení a to dvakrát více u žen než u mužů. Podle EHIS (European Health Interview Survey) trpělo v ČR v roce 2010 depresí 3,9 % osob a to v poměru ženy - 5,4 % a muži - 2,2 %. To je podle údajů tohoto šetření evropský nadprůměr. Na prvních místech žebříčku byly státy Belgie a Španělsko.⁶⁵

6.2.3 Bipolární afektivní poruchami

Deprese a mánie se mohou vyskytovat u pacientů samostatně nebo souběžně, pak

⁶¹OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 130.

⁶²OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 130.

⁶³KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. 2001. s. 84

⁶⁴OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 130.

⁶⁵Demografie.info [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=781&

hovoříme o tzv. Bipolární afektivní poruše. Při bipolárním průběhu deprese střídá mánie a naopak v různém vzájemném vztahu a různou měrou závažnosti. Deprese většinou začíná pozvolna, oproti tomu mánie se rozvíjí velice prudce i během několika hodin.⁶⁶

6.3 Poruchy osobnosti a chování dospělých

Určit komplexně, co je vlastně osobnost, není zcela jednoduchý úkol. Lze na ni nahlížet jako na celek duševního života nebo jako na soubor relativně stálých duševních vlastností. Dalo by se říct, že na prožívání a chování člověka je patrné veškeré jeho duševní dění, což je vlastně osobnost.⁶⁷

Jako další otázka, co se týče osobnosti, se nabízí, kdy je osobnost zdravá a kdy nemocná. Neboli, kdy se jedná o osobnost normální a kdy hovoříme o poruše osobnosti. Vymezení této hranice není snadné. Je složité určit, zda chování člověka sebou nese symptomy poruchy osobnosti, a nebo jde jen o běžné projevy jeho osobnosti a také záleží v jakém měřítku neboli kvantitě a kvalitě se tyto projevy u daného člověka vyskytují.⁶⁸

Projevy poruch osobnosti se většinou promítanou na narušené sociální interakci s okolím. U většiny postižených touto poruchou chybí náhled na poruchovost a hledají chybu ne u sebe, ale právě u okolí. Proto při poruše osobnosti nejsou touto poruchou ovlivňováni jen pacienti, ale i rodina přátelé apod.

Rozlišujeme dva typy poruch osobnosti **egosyntonní** a **egodystonní**. Při egosyntonní poruše člověk nevnímá žádnou poruchu, bere ji jakou součást sebe samého a nemá tím pádem žádnou motivaci se léčit. Naopak při egodystonní si postižený uvědomuje své projevy poruchy při myšlení, cítění a chování. Nepřeje si, aby tyto projevy trvaly i nadále, protože ho obtěžují a ztěžují mu život, a to ho motivuje se vyléčit

Výskyt poruch osobnosti v populaci se odhaduje zhruba na 11 – 23 %. Poruchami osobnosti může trpět i člověk s další duševní poruchou, jako je například schizofrenie. Tyto poruchy však musí mít dlouhodobější a trvalejší charakter.⁶⁹

Dle MKN–10 patří do skupiny poruch osobnosti a chování dospělých patří následující kategorie: specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti, přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku, nutkavé a impulzivní poruchy, poruchy pohlavní identity, poruchy pohlavní preference, psychické

⁶⁶OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 132.

⁶⁷OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 158.

⁶⁸OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 160.

⁶⁹OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 158.

a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací, jiné poruchy osobnosti a chování dospělých a nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých.⁷⁰

6.3.1 Specifické, smíšené a jiné poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jsou sami o sobě velice obsáhlé téma a šla by o nich napsat samostatná práce. Já se budu zabývat pouze podle Mezinárodní klasifikace nemocí prvním dvěma kategoriím poruch osobnosti a těmi jsou specifické poruchy osobnosti a smíšení a jiné poruchy osobnosti.

První specifickou poruchou osobnosti, kterou přiblížím, je paranoidní porucha osobnosti. Jedná se o podezřívavou, vztahovačnou a nepřátelskou náladu směřovanou vůči ostatním. Tito lidé vidí vůči sobě často křivdu a jsou velice vztahovační. Obviňují druhé z těchto křivd nebo podvodů a krádeží. Nejsou empatičtí a přátelské a neutrální projevy od ostatních berou jako vypočítavost. Lidé s touto poruchou jsou také často s někým v konfliktu, stávají se chronickými stěžovateli nebo žárlivými partnery.⁷¹

Schizoidní porucha osobnosti znamená neschopnost projevit city k druhým a emoční sploštělost. Pacienti s touto poruchou jsou samotářští, individualističtí a nekonfliktní. Jsou nápadní právě svou nenápadností a to je možné zpozorovat už v dětství.

Lidé postižení disociální poruchou mají v životě problémy, protože nejsou schopni dodržovat pravidla nastavené společností, ať už morální nebo dané zákonem. Tyto problémy se objevují už v dětství. Nejsou schopni empatie a nemají ani zodpovědnost. Netrpí také výčitkami svědomí a neovládají svou agresivitu a impulzivitu. Tito lidé tak nejčastěji končí jako klienti věznic. Porucha se týká většinou mužů a s věkem se projevy mírní.

Emočně nestabilní porucha osobnosti impulzivního typu se projevuje nepředvídatelným a impulzivním chováním. Náklady se u této poruchy mění velice rychle. Jednání při této poruše je prováděno bez rozmyslu a ohledu na následky.

Emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu se vyznačuje zkresleným vnímáním sebe sama a emoční labilitou. Často lidem nebývá jasné jejich vlastní jednání a motivy k němu, cítí újmu krizi a pocity prázdnoty. Sebepoškozování a sebevražedné tendence jsou typickými projevy této poruchy. Někdy hrozí nadměrné užívání

⁷⁰OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 158.

⁷¹OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 160.

psychoaktivních látek.⁷²

Histrionská porucha osobnosti sebou nese určitou míru teatrálnosti a okázalosti. Pacienti jsou většinou egocentričtí a strhávají tím na sebe pozornost. Mají tendenci koketovat a manipulovat s lidmi. V kolektivu se často staví do pozice oběti. Je pro ně taky důležitá fyzická přitažlivost, kterou dost řeší.

U pacientů s anankastickou poruchou osobnosti se projevují tendence k perfekcionismu, pořádku, dodržování norem a přehnané svědomitosti. Jak tento člověk vybočuje z řady, cítí se nesvůj. Tito lidé mají rádi detaily a vyžívají se v plánování, občas až přehnaně organizují. Před osobními vztahy bývá upřednostněn řád a pořádek.

Diagnóza anxiózní poruchy osobnosti sebou nese strach, obavy, úzkosti, snížené sebevědomí a vnitřní napětí. Zvyšování možnosti určitých rizik je typickým znakem pro tuto poruchu. Pro pacienty je typický strach z odmítnutí a vyhýbání se některým činnostem.⁷³

Závislá porucha osobnosti je charakterizována potřebou být opečovávan a strachem ze samoty. Nemocní potřebují být neustále ujišťováni o podpoře ze svého okolí. Takto nemocní lidé vyhledávají osoby, na kterých se stávají závislí. Těm pak nechávají veškerou zodpovědnost nad sebou samým. Jsou dlouhodobě schopni tolerovat svoji podřízenost, někdy i včetně projevů násilí.

Do jiných specifických poruch osobnosti se řadí lidé s osobností excentrickou, nezralou, narcistickou, pasivně-agresivní apod. Např. při narcistické poruše je člověk přesvědčen o své výjimečnosti a důležitosti, vyžaduje neustálý obdiv, postrádá empatii, vyžaduje vysoké nároky na druhých, je arogantní a závistiví. Člověk s pasivně – agresivní osobností má spory s autoritami, kritizuje bez zjevného důvodu, rád se hádá a často si stěžuje, že jsou na něj kladeny vysoké nároky.⁷⁴

Když jsou u pacienta zpozorovány symptomy třeba ze dvou a více výše uvedených poruch, pak se hovoří o kategorii smíšené a jiné poruchy osobnosti.

Protože hranice mezi jednotlivými poruchami osobnosti jsou opět velice nejasné a individuální, existuje systém DSM–IV, který rozlišuje lidi se specifickými poruchami osobnosti do třech druhů: a) podivíni a excentrici (paranoidní, schizoidní, schizotypní

⁷²OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 161.

⁷³OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 161.

⁷⁴OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 161.

porucha), b) emotivní, dramatizující, nestálí (disociální, hraniční, histrionská, narcistická porucha), c) úzkostní, vyhybaví, bázlíví (pojímající, anxiózní, závislá porucha).⁷⁵

Výskyt jednotlivých poruch osobnosti není rovnoměrný: paranoidní porucha os.: 0,5 - 2,5 % častěji u mužů, schizoidní porucha os.: 2,5 - 7,5 % častěji u mužů, disociální porucha os.: 3 - 5 % mužů a 1 % žen, emočně nestabilní porucha os.: 1 - 2% populace dvakrát častěji u žen, histrionská porucha os.: 1,4 - 3 % častěji u žen, anankastická porucha os.: 1,7 - 6,4 % častěji u mužů, úzkostná porucha os.: 1 - 10 %, závislá porucha os.: méně než 1 % častěji u žen, narcistická porucha os.: méně než 1 %.⁷⁶

Tímto bych rád ukončil část mé práce o poruchách osobnosti. Celkově bych tak uzavřel popis jednotlivých poruch a jejich kategorií. Myslím, že pro nastínění, co je to duševní porucha, jsem vybral dost názorné a zajímavé příklady. Doufám, že je z mé práce dostatečně patrné, co je to duševní porucha a jak člověk s tímto druhem onemocnění vypadá, případně jak se může chovat.

6.4 Veřejné mínění a duševní poruchy

Veřejnost se na duševně nemocné lidi dívá skrz prsty jako na blázny. Jak už bylo řečeno nepomáhají tomu ani kauzy typu Uherský Brod, kde 28. muž v restauraci usmrtil střelnou zbraní osm lidí. Tento člověk byl manželem schizofreničky, ale podle zdrojů není jasné jestli se sám léčil s nějakou duševní poruchou. V médiích je ovšem tato kauza podána tak, že celá veřejnost dostane strach z duševně nemocných, označí je za smysluzbavené a hned by je ve velkém někam zavírala. Podobné je to u kauzy ve Žďáru nad Sázavou, kde v říjnu minulého vnikla do místní školy schizofrenička s nožem. Její útok si vyžádal jednu oběť a několik zraněných.

Do jaké míry se obávat, či neobávat duševně nemocných je velice zapeklitá otázka a může mezi lidmi vyvolávat určitou míru napětí. Ke snížení tohoto napětí nepomáhá ani náš prezident Miloš Zeman, který po útoku v Uherském Brodě 6. března 2015 na besedě v Kralovicích pronesl, že „jsem příliš benevolentní k bláznům“. Toto vyjádření vyznívá jako kdyby v naší společnosti žili jen „blázni“ a „ti druzí“. Návíc z toho vyplývá, že „ti druzí“ jsou k bláznům příliš schovívaví, a tak je pak „blázni“ ohrožují. Možná si to prezident neuvědomuje, ale posiluje tím tak stigmatizaci vůči lidem, kteří mají jen smůlu, jelikož jsou duševně nemocní a žádné sklony k násilnému chování nemají ani neměli.

⁷⁵OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2012. s. 162.

⁷⁶Deprese.com [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné

z: <http://www.deprese.com/index.php?section=obili§ion2=strach§ion5=strach3>.

Podle Policie ČR bylo v roce 2014 spácháno 160 vražd a pouze jediné se dopustila pachatelka se schizofrenií (Žďár n. Sázavou). Dalších 159 pachatelů žádnou duševní poruchou netrpělo. Proto nelze z ojedinělých případů vyvozovat takové závěry, jaké udělal Zeman.⁷⁷

Duševně nemocní pacienti jsou léčeni bez svého souhlasu, pokud ohrožují své okolí nebo sami sebe nebo jsou intoxikováni. Ale držet v léčbě pacienta jen kvůli budoucím obavám a omezovat tak jeho svobodu, je z pohledu lékaře nezákonné. Každé rozhodnutí lékaře o omezení svobody pacienta musí být soudně shváleno.

Na těchto kauzách je také patrné jak česká veřejnost včetně prezidenta uvažuje. Jak již bylo řečeno nejsou žádné důkazy, že by pachatel z Uherského Brodu trpěl nějakou duševní poruchou, takže domněnky, že to byl psychotik nebo nějaký „blázen“ jsou čistě hypotetické a ničím nepodložené. Je to směšné stejně jako obviňovat psychiatra pachatelky ze žďárské školy, že to měl o dotyčné předvídat. Jelikož u ní došlo k prudkému zhoršení stavu a ošetřující lékař ji viděl před devíti měsíci, nemohl toto jednání dopředu určit, protože prostě není člověk co vidí do budoucnosti. Takovýmto událostem někdy předejít nelze.

Proto nemůžeme tvrdit jako naše hlava státu, že kdybychom byli méně benevolentní k „bláznům“, tak by k těmto situacím nedošlo. To je opravdu milné a velice nešťastné tvrzení.

Tímto ukončuji část věnovanou konkrétním duševním poruchám. Znovu opakuji, že jsem vybral jen ty nejčastější duševní poruchy. Také doufám, že jsem kapitolou věnovanou veřejnému mínění o duševních poruchách dostatečně nástínil současný stav naší společnosti.

⁷⁷Reformapsychiatrie.cz [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2015/03/12/reakce-vyboru-psychiatricke-spolecnosti-cls-jep-na-vyroky-prezidenta-zemana/#.VT-J5tLtmk.o>

7. Sociální práce s klienty s duševní poruchou

Jelikož je sociální práce náplní mého oboru a sociální rehabilitace je součástí sociální práce, nemohl jsem kapitolu věnovanou sociální práci s lidmi s duševním onemocněním v mé bakalářské práci vynechat.

7.1 Sociální práce

Posláním sociální práce je odhalování, zmírňování a řešení sociálních problémů. V podstatě pomáhá vrátit zpět jedincům, rodinám a skupinám lidí způsobilost k běžným sociálním úkonům a také jim dává možnost lepší sociální interakce. Umožňuje jim vyrovnávat se tak s přichozími problémy, většinou tyto problémy řeší a to pomocí sociálních služeb. Sociální práce vede a také rozvíjí dialog mezi normami společnosti a tím, co chce klient. Snaží se tyto dva póly vést k vzájemné spolupráci.⁷⁸

Sociální práce má rysy, jak jedinečnosti v přístupu k jednotlivým klientům, tak komplexnosti z pohledu řešení vzniklých sociálních situací v rámci ekonomiky, psychologie, zdravotnictví, práva, sociologie a pedagogiky.⁷⁹ Podpora v sociální situaci klienta je hlavním cílem sociální práce.

7.2 Klient v sociální práci

Klientem je v sociální práci osoba, která užívá služeb, které mu poskytuje sociální pracovník. Je to vztah založený na spolupráci a vzájemné rovnosti obou stran. Taky by mělo platit, že vybraný způsob života klienta a jeho rozhodnutí jsou plně akceptovány. Mohou však nastat situace, kde tyto předpoklady nejsou úplně splněny.⁸⁰

7.3 Klient s duševní poruchou

Případ klientů s duševní poruchou je zrovna příklad, kdy ti jsou často v pacientské roli a někdy jsou i nedobrovolně hospitalizováni. Často si takto nemocný klient sám zvolí způsob života, který jej ohrožuje z hlediska sociálního fungování, zdraví nebo i ohrožení života. Tito klienti tak zaujímají vztah lékař - pacient a zároveň vztah sociální pracovník – klient. Na sociálních pracovnících tak zůstává možnost zachování klientského vztahu.

⁷⁸ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 2005. s. 25.

⁷⁹MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 9.

⁸⁰MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 3.

Klient tak může ocenit možnost rovnocenné spolupráce. Někdy je to ovšem obtížné, protože některým klientům role pacienta vyhovuje, jelikož nenesou takovou zodpovědnost za svá rozhodnutí.⁸¹ V rodině mohou také fungovat takto závislé vztahy a klient se v nich může cítit dobře, nebo se ho naopak může rodina vzdát a vůbec se o něj nestarat. Sociálním pracovníkům pak tento fakt připomíná, že klientem není jen osoba s duševním onemocněním, ale taky jeho blízké vztahové okolí. Pro pracovníka a celkově pro práci s dotyčným je nejlepší zapojovat co možná nejvíce lidí z tohoto okolí do interakce s klientem. Umožní tak získat samostatnost, spokojenost a také kompetenci v přístupu k člověku s psychiatrickou diagnózou. Metody práce volí pracovník podle s klientem pečlivě sestaveného plánu, který průběžně doplňuje a vyhodnocuje. Samozřejmě je sepsání písemné smlouvy s vymezením práv a povinností obou stran.⁸²

Je třeba si uvědomit, že klient s duševním onemocněním je především člověk a tak bychom na něj neměli nahlížet jen jako na diagnózu nebo dokonce problém. Oproti zdravým lidem je tato osoba specifická odlišnými potřebami a způsobem jejich uspokojování. Jeho porucha se projevuje v oblasti psychických funkcí nebo je kombinací těchto poruch. Tyto psychické problémy ho mohou postavit do role nemocného. Je pak na zdravotních a sociálních službách potíže klienta zmírnit nebo odstranit.⁸³

7.3.1 Klient s duševní poruchou v systému sociálních služeb

Systém sociálních služeb zahrnuje velké množství rozmanitých služeb, které splňují jak potřeby klientů, tak společnosti. Tyto služby jsou propojené a vzájemně by měly spolupracovat. Prolínají se přitom státní a nestátní organizace a také různá odvětví jako třeba školství, zdravotnictví apod. Systém sociálních služeb by tak v každé moderní společnosti měl být tak zakotven, aby působil prevenčně a zvyšoval kvalitu života. Cílem systému není jen být připraven na klienty, co přijdou sami, ale také své klienty vyhledávat a oslovovat.⁸⁴

Všechny tyto služby jsou samozřejmě vymezeny zákonem a to konkrétně aktuální právní úpravou zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon vymezuje

⁸¹MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 27.

⁸²MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 28.

⁸³MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 28.

⁸⁴MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 39.

práva a povinnosti strany poskytovatelů a strany státu, krajů a obcí. Prioritu využívání těchto služeb mají klienti, kteří se nacházejí v nepříznivé životní situaci. Proto tento zákon také definuje, co je nepříznivá životní situace. Samozřejmě ji určuje i v případě duševně nemocných, kdy je důvodem této nepříznivé situace nepříznivý zdravotní stav.⁸⁵ Jinak v zákoně č. 108/2006 Sb. je popsáno 14 druhů služeb sociální péče kam patří např. denní stacionáře nebo domovy pro seniory a 17 druhů služeb sociální prevence kam patří např. azylové domy nebo nízkoprahová zařízení.⁸⁶

Do systému péče o duševně nemocné z nejširšího hlediska patří všichni lidé, kteří se vyskytují v klientově blízkosti. Základem je pak rodina, přátelé, kolegové nebo komunita ve které dotyčný žije. Tito lidé dokáží nejlépe reflektovat jeho problémy, jelikož ho znají a žijí nějakou dobu po jeho boku. Vidí tak projevy nemoci a sami usoudí, že je potřeba vyhledat dostatečně odbornou pomoc. V tu chvíli nastupuje síť sociálních pracovníků, organizací a zařízení, které nabízejí své služby. Kromě toho může člověk s duševní poruchou vyhledat lékařskou pomoc, někdy, jak už bylo řečeno je i hospitalizován nedobrovolně, protože ohrožuje sebe i své okolí. Mnohdy je porucha záludná a má individuální průběh, často si tak člověk neuvědomuje, že je nějakým způsobem nemocný.⁸⁷

Často se stává, že lidé s duševními problémy sami vyhledají sociální službu. Potřebují pomoc, protože lidé z okolí jsou naopak tak blízko, že problém nevidí nebo ho neberou jako závažný, mohou ho dokonce popírat. Je třeba to vnímat jako přirozenou reakci, z které nelze nikoho vinit. Systém sociálních služeb, jak už bylo řečeno, si své klienty také sám vyhledává a poskytuje jim odborné služby. Do širokého systému těchto služeb o duševně nemocné patří každý, kdo pracuje v pomáhajících profesích.

Pro sociálního pracovníka je důležité znát jeho místo v tomto systému a nezasahovat mimo své kompetence. Nejdůležitějším úkolem sociálního pracovníka je znalost vlastních pravomocí a kompetencí a také schopnost nabídnout klientovi skutečnou možnost na změnu. Měl by u sebe mít kontakty na místa, osoby nebo organizace, kde je poskytována pomoc a kam by se případně mohl klient obrátit.⁸⁸

⁸⁵MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 40.

⁸⁶Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.

⁸⁷MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 44 – 45.

⁸⁸MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 45.

Také je důležité duševně nemocnému klientovi dodávat naději, odvalu a podporovat ho v léčbě, jelikož pro klienta to není lehké, protože si musel sám přiznat, že má psychické problémy a je ochoten je řešit. K tomuto stádiu se klient musím dopracovat postupně, ze začátku většinou převažují projevy nemoci jako agrese, odmítání, apatie útek apod. Sociální pracovník musí chápat, že každý klient hned nepřijme nabízenou pomoc nebo nerespektuje naše rady a pokyny, nesmí k němu za to chovat zášť.⁸⁹

Jestli mám nějak shrnout vztah klienta s duševní poruchou a systému sociálních služeb, dalo by se říct, že systém působí na klienta pomocí několika druhů sociálních zařízení. Prvním druhem jsou nízkoprahová centra, který poskytují prvotní kontakt s klientem a často jejich terénní pracovníci hledají nové klienty. Druhým stupněm pomoci v rámci systému sociálních služeb jsou ambulantní a kontaktní centra. Stacionární a rezidenční (pobytová) péče už znamená, že s klientem se každodenně pracuje na zlepšení jeho životní situace. Doléčovací programy jsou posledním stupněm léčby duševně nemocných klientů, sem by se daly zařadit organizace a zařízení, kteří se věnují sociální rehabilitaci.⁹⁰

7.4 Komunitní péče

O komunitní péči se ve své práci zmiňují, protože sociální rehabilitace je její nedílnou součástí. Je to také jedna z metod komplexní práce.

7.4.1 Vztah pracovníka a klienta v rámci komunitní péče

Vztah klienta a pracovníka v rámci komunitní péče obsahuje nebo by aspoň měl obsahovat určité aspekty. Těmi nejdůležitějšími jsou partnerství, respekt a flexibilita. Partnerství je základní stavební kámen tohoto vztahu, společně klient a pracovník usilují o změny, nalezení příčin problémů a o rozšíření klientových dovedností. Při této spolupráci se poznávají navzájem, ale také každý sám sebe. Jakékoliv rozhodnutí a konečné závěry dělají společně a také si tohoto vztahu musí být vědomi obě strany. Respektovat klienta znamená nedělat urychlené závěry a vnímat potřeby a hodnoty klienta jako stěžejní pro budoucí spolupráci. V tomto ohledu je cílem pracovníka dosáhnout respektu i ze strany klienta (např. včasné příchody). Vzájemný respekt je pak horizontem tohoto vztahu. Flexibilita ve vztahu je, že pracovník s klientem řeší všechny nově vzniklé změny v životě.

⁸⁹MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 46.

⁹⁰MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 2008. s. 47.

Tyto situace řeší pracovník podle aktuálního stavu klienta, jeho reakce může být samozřejmě pokaždé jiná. Pracovníkovou povinností je poskytovat pravdivé informace, které posilují vzájemnou důvěru. Pracovník by také s klientem měl komunikovat srozumitelně podle jeho potřeb a komunikační úrovně, ale také podle jeho současného stavu.⁹¹

7.4.2 Vývoj komunitní péče

V posledních třiceti letech se v Evropě v rozvinutých zemích setkáváme se změnou způsobu péče u duševně nemocné. Už se tolik nepreferuje léčba symptomů jedné epizody duševní poruchy, ale je kladen důraz na život po nemoci a na co největší pacientovu soběstačnost. Je to tedy léčba s dlouhodobější perspektivou, kde už nejde jen o to odstranit závadu mozku naordinováním psychofarmak, ale začít vnímat pacienta jako bytost sociální, které žije ve vztazích s ostatními plněním svých rolí. Vlády těchto zemí reagují na tyto změny uzavíráním velkých institucí pro duševně nemocné a tak i omezováním počtu nemocničních lůžek. Naopak podporují rozmanité sociální služby např. komunity pro péči o duševně nemocné, kde chtějí tuto péči zakotvit. Evropská unie oficiálně podporuje tento trend, protože si je vědoma dopadů duševních poruch na obyvatelstvo. V lednu 2005 se konala na toto téma konference z níž vyšla Deklarace o duševním zdraví a Akční plán. Tyto dokumenty souvisejí se změnou v systémech psychiatrické péče a v mnoha zemích EU se stávají politickou prioritou.⁹²

7.4.3 Vývoj komunitní péče v ČR

Začátkem devadesátých let u nás začaly vznikat komunitní centra na několika místech republiky jako třeba v Pardubicích, Praze, Mladé Boleslavi atd. Vznikala řada zařízení pro péči o vážně duševně nemocné. Byly to různé denní sanatoria, chráněné dílny i chráněné bydlení. Vývoj těchto služeb se dost zabrzdil vlivem financování. To znamená že další zařízení už nevznikají a ani se mezi již vzniklými nevytvořila žádná funkční síť.⁹³

7.4.4 Definice pojmů komunita a komunitní péče

Pojem komunita vychází z latinského *communitas*, což znamená společenství,

⁹¹PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 2009. s. 39 – 40.

⁹²PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 2009. s. 208 – 209.

⁹³PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 2009. s. 209.

společnost, společně nebo i vlídnost a laskavost. Tento pojem je běžnou součástí odborné literatury. My se na tento pojem podíváme z dvou úhlů pohledu sociologického a psychologického. Z hlediska sociologického je komunita souhrn obyvatel, kteří žijí v určitém prostoru, kde vykonávají určité aktivity a tvoří autonomní jednotku. Psychologické hledisko říká, že komunita je typ organizace, kde nejsou žádné nadřazené ani podřazené vztahy, což umožňuje lepší a snadnější komunikaci a spolupráci.

Terapeutické komunita je tedy uměle vytvořená komunita s léčebnými účely.

Komunitní péče je systém terapie, pomoci a podpory, který je organizačně a obsahově uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem se zdravotním postižením žít, co možná nejvíce v podmínkách běžného života. To znamená podporu na správné úrovni, ve správné podobě a ve správný čas, tak, aby pacient dosáhl co nejvyšší soběstačnosti a kontroly nad svým životem. Odborné pomoci a podpory se nedostává pouze pacientovi, ale i jeho okolí.⁹⁴

7.4.5 Rehabilitace

Jak už bylo řečeno rehabilitace je součástí komunitní péče. Zahrnuje širokou sbírku návrhů a praxí, které jsou zaměřeny na podporu zotavování lidí s určitým omezením. Při rehabilitaci jsou nejdůležitější představy klienta o své vlastní budoucnosti. Rehabilitace má několik oblastí a jsou jimi bydlení, práce, učení a sociální kontakty. V devadesátých letech 20. století se v rehabilitaci objevily tři hlavní směry. První směr pochází z Británie, je to Bennettova a Shepherdova tradice. Je zde kladen důraz na společenské prostředky, které jsou přizpůsobeny potřebám klienta. Tento způsob rehabilitace téměř splývá s komunitní péčí. Druhý směr je zaměřen především na naučení dovedností, jak zvládat určité životní záležitosti. V tomto směru do sebe léčba a rehabilitace plynule přecházejí. Propagátorem tohoto směru je americký psychiatr Liberman. Poslední přístup Anthonyho z Bostonu od sebe léčbu a rehabilitaci jasně odděluje. Podle něj potřebují klienti dovednosti a podporu, aby dokázali mít úspěch ve svém životním prostředí dle své volby. Tyto směry se sice liší, ale v mnoha věcech se shodují. Je to například důraz na růst a zlepšování, důvěra mezi klientem a poskytovatelem pomoci nebo aktivita klientů při stanovování cílů. Shodu můžeme pozorovat i v tom, že rehabilitace probíhá v prostředí které klient potřebuje a nebo ve zlepšování fungování učení se dovedností. Je také pro

⁹⁴PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 2009. s. 210 – 211.

všechny tři přístupy, že samotná rehabilitace není schopna uspokojit potřeby klienta a tak je poskytována v kombinaci s dalšími formami podpory a péče.⁹⁵

Pracovní rehabilitace

Lze ji definovat jako složení všech činností, které vedou k uzdravení, k udržování a rozvíjení pracovních dovedností klienta. Tyto činnosti jsou individuálně orientované metody, například mapování pracovní situace klienta, pracovní vedení a nacvičování pracovních kompetencí. Pro výsledek dočasného nebo pravidelného ovlivnění pracovní situace klienta, se využívají metody v kombinaci s postupy zaměřenými na prostředí. Cílem pracovní rehabilitace je tedy na příprava lidí s duševním onemocněním na práci a na vyhledávání nebo vytváření pracovní činnosti. Lze říci, že z pohledu klienta hovoříme o přípravě pro volbu vhodného místa. Klient by pak měl být připraven místo si nejen najít, ale získat ho a udržet si ho.

Psychicky nemocní lidé se dělí do tří skupin. Na osoby, které nejsou schopny práce, osoby, které jsou se svými zdravotními potíží zaměstnání a osoby, které chtějí pracovat, práci hledají, ale nemohou sehnat vhodné zaměstnání. Právě pro třetí skupinu lidí existuje pracovní rehabilitace a oni jsou jejími klienty.⁹⁶

*„Mezi druhy pracovní rehabilitace většinou zahrnujeme dobrovolnou práci, chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání a podpůrné edukativní programy“.*⁹⁷

7.4.6 Pracovní uplatnění duševně nemocných

Úspěšnost rehabilitace závisí na mnoha faktorech. Svou roli jak politické tak ekonomické podmínky např. nezaměstnanost. Většina zaměstnavatelů na pracovní místa pro postižené vybírá spíše osoby s tělesným hendikepem. Lidí, kteří jsou dlouhodobě duševně nemocní a nejsou hospitalizováni, je zaměstnáno 10 %, i když 60 % nemocných je ochotno pracovat. Překážkami mohou být předsudky, nedostatek kvalifikace uchazeče nebo nedostatek sociálních dovedností. Častým problémem také bývá výběr zaměstnání z důvodu nízké sebereflexe, hledání z důvodu motivace a udržení zaměstnání vlivem pomalého tempa a slabé koncentrace.

⁹⁵PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 2009. s. 21 – 22.

⁹⁶PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 2009. s. 116.

⁹⁷PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 2009. s. 117.

Vlivem odmítání a stigmatizace vzniká u duševně nemocných uchazečů o práci sebestigmatizace, která je každodenním zdrojem starostí. Tento jev má důsledky v podobě chronického stresu, nízkého sebehodnocení, deprese, nízké kvality života a opětovné hospitalizace.⁹⁸

Touto kapitolou uzavírám teoretickou část mé bakalářské práce. V teoretické části byly definovány vědy zabývající se duševními poruchami. Také jsem nastínil postavení duševně nemocných osob ve společnosti. Čtenáři se také mají šanci dozvědět něco o reformě psychiatrické péče. Dále se tato část zabývala konkrétními poruchami a obrazem pacienta s tímto hendikepem. V neposlední řadě zde byla popsána sociální práce, jako služba poskytovaná psychicky nemocným lidem. Podrobněji byla rozebrána rehabilitace v rámci komunitní péče. Teoretická část by měla nastiňovat, jak se chová osoba s duševní poruchou, jaké má práva a povinnosti, jak se této osobě žije v současné společnosti a jak s ní lze pracovat v rámci sociální práce. Následující praktická část se bude věnovat konkrétní organizaci poskytující svým klientům sociální a pracovní rehabilitaci.

⁹⁸PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. 2009. s. 120.

Praktická část

V této části představím organizaci *Greendoors z. ú.*, která se zabývá pracovní a sociální rehabilitací svých klientů a která je mým zaměstnavatelem. Tento proces popíši a budu se snažit najít pozitiva a úskalí této služby. Také uvedu příklady dvou klientů, kteří prošli procesem rehabilitace v jednom ze zařízení této organizace a to konkrétně v kavárně *Klub V. kolona*.

8. *Green Doors z. ú.*

„Zapsaný ústav Green Doors je nestátní, nezisková organizace, která se zabývá pracovní a sociální rehabilitací lidí, kteří onemocněli schizofrenií. Rolí Green Doors v tomto systému je poskytovat klientům komplexní podporu v oblasti přípravy na práci.“⁹⁹

Hlavním posláním *Green Doors* je uskutečňování psychosociální rehabilitace lidem s duševním onemocněním, integrace do komunity a přispívání destigmatizaci lidí s duševní poruchou. K uskutečnění tohoto poslání si *Green Doors* vytyčilo tyto cíle:

- Podporovat rozvoj psychosociální a pracovní rehabilitace osob s duševním onemocněním.
- Realizovat především projekty, které propojují služby pro veřejnost (restaurace, kavárny) s rehabilitací a tím realizovat začleňování do každodenní reality.
- Snažit se o rozvoj komunitní péče a diskutovat o pojetí psychiatrické péče v ČR.
- Spolupracovat při vytváření komplexního systému pomoci s dalšími státními a nestátními organizacemi a orgány.
- Organizovat akce zaměřené na destigmatizaci a osvětu pro veřejnost.
- Podporování výzkumu, výchovy a vzdělávání.

Cílovou skupinou organizace jsou nejčastěji lidé se schizofrenií. Klienty se však mohou stát i lidé s jiným psychotickým onemocněním. Služby *Green doors* jsou určeny především

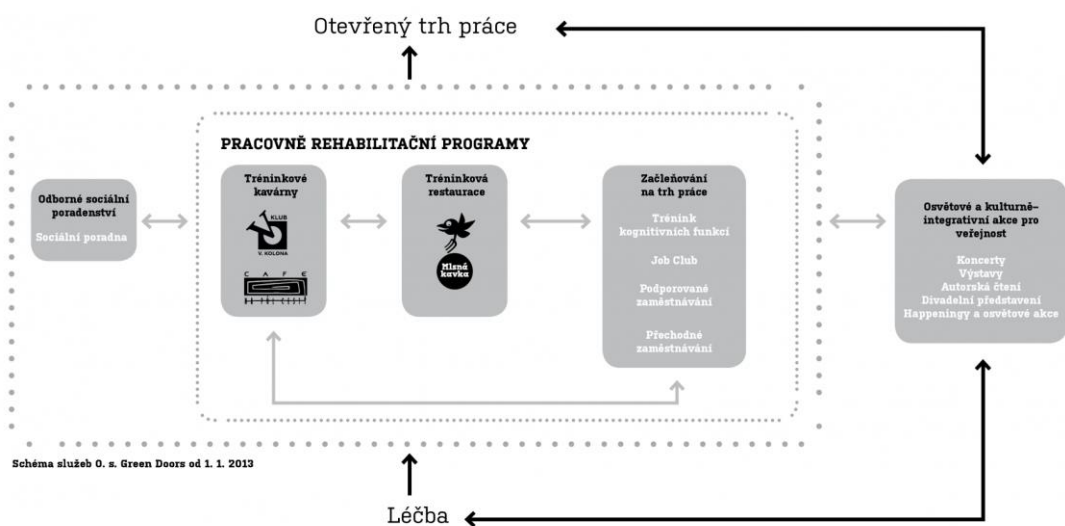
⁹⁹Green Doors. [online]. [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>.

pro osoby s krátkou zkušeností s duševní poruchou, které mají zájem o nácvik pracovních a sociálních dovedností a chtějí se připravit na budoucí povolání.¹⁰⁰

Chtěl bych jen doplnit, že dříve *Občaské sdružení Green Doors* ke dni 1. 1. 2015 změnilo notářským zápisem právní formu na zapsaný ústav. Soudní usnesení nabylo právní moci 26. 3. 2015.¹⁰¹

Green Doors se skládá ze tří hlavních treninkových pracovišť, kde probíhají pracovní rehabilitační programy a jsou to kavárny *Café Na půl cesty* a *Klub V. kolona* a vegetariánská restaurace *Mlsná Kafka*. Kromě těchto pracovišť poskytuje organizace klientům další programy pro začleňování na trh práce. Jsou to např. Job Club nebo Trénink kognitivních funkcí. Pro představu přikládám schéma služeb organizace.

Obr. 8. 1. Schéma služeb organizace *Green Doors* z. ú.¹⁰²



¹⁰⁰Green Doors. [online]. [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>.

¹⁰¹Green Doors. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/>.

¹⁰²Green Doors. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>.

8.1 Klub V. kolona

Dále se budu věnovat kavárně *Klub V. kolona*, ve které pracuji a na které popíši, jak probíhá rehabilitace v tomto zařízení.

Klub V. kolona je kavárna, ve které probíhá pracovní a sociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním. Klient se formou aktivizačních, tréninkových a chráněných míst může v kavárně uplatnit na pozicích uklízeč, pracovník na place, pracovník u mytí nádobí, kuchař a barman. Aktivizační místa jsou pro osoby, které jsou aktuálně v pracovní neschopnosti nebo hospitalizováni a potřebují se připravit na propuštění z hospitalizace. Tréninková místa připravují osoby s duševním onemocněním na přechod do práce nebo programu zaměstnávání, kde podpora není poskytována v tak velké míře. Chráněná místa jsou poskytována především pacientům, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické léčebně nebo těm, kteří byli propuštěni a jsou schopni vykonávat práci na snížený úvazek. V programu může být klient zařazen maximálně jeden rok, ale lze ho individuálně prodloužit.¹⁰³

8.1.1 Proces rehabilitace v Klubu V. kolona

Zájemce o služby *Klubu V. kolona* musí ze všeho nejdříve kontaktovat příjmového terapeuta. Příjmový terapeut se se zájemcem dohodne na informační schůzce, kde mu poskytne veškeré informace o tom co služba nabízí a jak práce v ní probíhá. V případě zájmu se na této informační schůzce vyplní se zájemcem přijímací formulář, který obsahuje kontaktní údaje, náplň volného času, sociální situaci, oblast zdraví, vzdělávání, oblast práce a oblast bydlení. Důležité je na této schůzce zmapovat klientovu zakázku. Zakázka je klientův cíl pro rehabilitace. Příjmový terapeut se dále s klientem domluví na absolvování infosměn, ze kterých jak klient tak pracovní tým pozná, zda je rehabilitace pro klienta vhodná. Po absolvování infosměn následuje přijímací schůzka, kde přijímací terapeut podepíše smlouvu se zájemcem, BOZP a stanoví mu patrona.¹⁰⁴

Patron je klíčový pracovník se kterým klient stanovuje své požadavky a cíle. Na základě toho pak společně vytvářejí rehabilitační plány. S patronem se klient schází zpravidla jednou měsíčně. Schůzka je o tom, jak rehabilitace probíhá a jaké má klient plány, očekávání a cíle. Poté se vytváří postup jak těchto cílů dosáhnout. Zhruba po třech měsících se provádí vyhodnocení rehabilitačního plánu a řeší se, nakolik je tento plán

¹⁰³GreenDoors. [online]. [cit.2014-12-09]. Dostupné z: http://www.greendoors.cz/pata_kolona/rehabilitace.

¹⁰⁴GreenDoors. [online]. [cit.2014-12-09]. Dostupné z: http://www.greendoors.cz/pata_kolona/rehabilitace.

plněn.

Do tří měsíců od nástupu do program patron vytvoří pro klienta protikrizový plán. Jedná se o semafor, který podle barev vyjadřuje vztah k nemoci, její zvládnání a prevenci. Tento plán mapuje předešlé zkušenosti s projevy nemoci a jejich zvládnání na směnách. Na základě protikrizového plánu se vytváří dohoda mezi patronem a klientem o postupu při případném zhoršení stavu klienta.

V průběhu rehabilitace se klient musí účastnit schůzky před směnou a po směně. Tyto schůzky probíhají před začátkem a po ukončení každé směny. Před směnou jde o setkání všech spolupracovníků a řeší se jak jsou klienti připraveni na směnu a jak se aktuálně cítí. Na schůzce po ukončení směny probíhá hodnocení o tom, co se povedlo a nepovedlo a jak se klienti cítí po směně. Poté pracovní terapeut (vedoucí směny) provádí záznam do deníku, kde popisuje průběh celé směny a docházku klientů. Deník je nástrojem pro předávání informací pro terapeuty na další směně. Dále je povinností klientů a terapeutů účastnit se na pravidelných komunitách, kde se setkávají všichni zaměstnanci kavárny. Řeší se zde změny systému rehabilitace a provozní záležitosti kavárny.

Zkušební doba rehabilitace je stanovena na jeden měsíc, ale za určitých podmínek může být ještě o měsíc prodloužena. Na začátku rehabilitace má každý klient dvě krátké směny týdně v rozsahu buď tří hodin v zimním období nebo čtyř v období letním. Klienti přecházejí z jednotlivých pozic a to postupně od mytí nádobí přes pracovníka na place k pozici kuchař a poslední pozicí je barman. Po prvních deseti směnách a po domluvě patrona s klientem většinou dochází ke změně pozice. Do těchto deseti směn se nepočítají tři infosměny. Někteří klienti si chtějí vyzkoušet klasický pracovní poměr, a tak si po domluvě s terapeutem mohou po 10 směnách vzít ze začátku jednou týdně osmihodinovou směnu. Četnost těchto směn se dle stavu klienta může navyšovat. Je také možné, aby klient vykonával dvě pozice naráz, ale musí z každé nejprve úspěšně absolvovat nejméně 10 směn.

U klientů s duševní poruchou je častým problémem včasné chození na směny. Veškeré pozdní příchody nebo nedostavení se do práce se klientům evidují a bodují. Absence z důvodu zhoršení klientova zdravotního stavu mohou být omluveny. Po dosažení určitého počtu záporných bodů dostává klient sankce v podobě srážek odpracovaných hodin z výplaty. Když této sankce dosáhne potřetí, přerušuje se mu na měsíc proces rehabilitace. Po tomto měsíci se může klient opět účastnit rehabilitace. Pokud by se tyto sankce opakovaly, je to důvod pro ukončení procesu rehabilitace. Dalším důvodem pro ukončení

je, když klient ve zkušební době chodí pozdě, nechodí vůbec nebo porušuje pravidla kavárny. Někdy se během zkušební doby nebo už infoměn může přijít na to, že klient není dostatečně stabilizovaný a připravený na práci. To je také důvod k ukončení rehabilitace. Častou příčinou ukončení tohoto procesu je, že klient už se sám nechce rehabilitovat a nebo nemá jiné cíle, v jakých by se chtěl zlepšovat, a dělá to jen pro zisk.

Po ukončení rehabilitace patron klienta vytváří závěrečný rehabilitační plán, vyhodnocuje cíle klienta a vytváří závěrečnou zprávu. Závěrečný rehabilitační plán klienta obsahuje očekávání klienta, skutečnost, překážky, údaje o tom co se změnilo, co si klient z rehabilitace odnese, co a jak bude dál dělat. Patron se může s klientem domluvit na další službě, která se nazývá provázení. Při provázení klient chodí jednou měsíčně na schůzky a pracují s terapeutem na cílech, které nově stanoví nebo pokračují v používání rehabilitačních plánů.¹⁰⁵

8.1.2 Pracovní tým Klubu V. kolona

Nyní popíši strukturu pracovníků v této kavárně. Hlavní vedoucí *Klubu V. kolona* je sociálním pracovníkem a vedoucím v jedné osobě. Tento člověk dohlíží na chod celé kavárny, účastní se všech komunit, je podrobně seznámen se všemi klienty a jejich stavem a také obstarává financování tohoto zařízení. Další úroveň pracovníků jsou pracovní terapeut, příjmový terapeut a vedoucí provozu. Pracovní terapeut má na starosti schůzky s jednotlivými klienty. Příjmový terapeut se stará o příjem nových klientů a sepisování smluv s nimi. V současné době je v kavárně jeden pracovník jako pracovní terapeut a jeden pracovník jako pracovní i příjmový terapeut zároveň. Vedoucí provozu má na starosti provozní záležitosti v kavárně jako je např. doplňování zásob nebo doplňování inventáře kavárny. Dalšími lidmi v pracovním týmu *Klubu V. kolona* jsou dva pracovní asistenti. Ti mají na starosti jednotlivé směny. Starají se na nich o klienty a provádí s nimi před a po směně schůzky. Všechno, co se na směnách událo zapisují do deníku. Poslední úrovní jsou klienti a brigádníci. Zmiňovaní pracují na pozicích mytí nádobí, pracovník na place, kuchař a barman. Brigádníci se střídají na pozici barmana, když na směně není žádný klient, který by mohl tuto pozici vykonávat. V současné době pracuje v kavárně pět brigádníků, z nichž jeden jsem já. V kavárně jsou ještě dvě pozice a to je produkční a zvukař, kteří obstarávají pravidelné čtvrtěční koncerty.

¹⁰⁵PÍPALOVÁ, Petra.: Psychosociální rehabilitace v tréninkové kavárně Café na půl cesty: Diplomová práce. Praha: Husitská teologická fakulta, 2010. 100., 4. příl. Vedoucí diplomové práce. prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc., Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/705/>.

Složení běžné směny je následující: jeden pracovní terapeut nebo pracovní asistent, což je vedoucí směny, klienti na pozici nádobí, plac, kuchař a nejčastěji jeden brigádník na pozici barmana. Brigádníci dělají celou směnu, kdežto klienti se většinou střídají po půlce směny.

8.1.3 Kazuistiky klientů *Klubu V. kolona*

Veškerá osobní data jako jsou jména, věk apod. jsou pozměněna kvůli anonymitě klientů a dodržování etických pravidel sociální práce.

Marie, 36 let

Marie vystudovala rodinnou školu s maturitou, následně 2 roky studovala Masarykův ústav vyšších studií se zaměřením na anglický jazyk. Vyzkoušela různé práce, pracovala jako překladatelka, poté měla různé brigády jako prodavačka, recepční, uklízečka, vždy na otevřeném trhu práce.

Od roku 2005 byla nezaměstnaná. Začala mít neurologické potíže, poprvé byla hospitalizována v IKEMu. V roce 2006 jí byl přiznán invalidní důchod III. stupně. Byla jí diagnostikována organická porucha nálady a organická úzkostná porucha. V té době bydlela v bytě se svou babičkou. V březnu 2011 začala Mariina hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice a trvala 18 měsíců. Ke konci hospitalizace jí byla nabídnuta možnost pracovní terapie v čajovně, jednalo se o 2 hodiny práce denně. Marie tuto činnost zvládla dobře, a proto jí byla nabídnuta služba pracovní a sociální rehabilitace v tréninkové kavárně Klub V. Kolona.

Marie nastoupila do rehabilitace s cílem vyzkoušet si větší pracovní zátěž, nové prostředí a nový pracovní kolektiv. Chtěla udělat krok dál z „jistoty“ čajovny. Ve smlouvě pak uvedla svůj dlouhodobý plán – odejít do chráněného bydlení a sehnat si práci na volném trhu na půl úvazku.

Rehabilitace začala na konci srpna 2012. Marie nastoupila na pozici mytí nádobí. V té době měla 2 až 3 směny týdně, jejich délka byl v pracovním týdnu 3,5 hodiny a o víkendu 5 hodin. Zvládnutí této první pozice bylo pro Marii velmi náročné - především z důvodu složité osobní situace, Marii v té době zemřela babička, která pro ni byla nejbližší osobou.

Pak také z důvodu samotné náplně práce. Marie si musela najít způsob, jak si práci rozvrhnout tak, aby stihla průběžně dodávat čisté nádobí do kuchyně i na bar. Velkým

úkolem bylo také zvládnutí závěrečného úklidu kuchyně po směně. Terapeutka pomohla Marii činnosti rozkrokovat a seřadit. Jednalo se o první rehabilitační plán Marie, ve kterém Marie s terapeutkou společně vymyslely postup, jak to udělat, aby Marie stihla skončit směnu společně s ostatními a nemusela zůstat déle, aby vše dokončila.

Po dvou měsících přestoupila Marie na pozici plac, což obnáší roznášku hotových jídel hostům, sběr špinavého nádobí a udržování prostoru kavárny a zahrádky v pořádku a čistotě. Na této pozici Marie významně zapracovala na zlepšení své komunikace se zákazníky a učila se řešit konfliktní situace, které mohou na place vzniknout. To byl druhý rehabilitační plán Marie. Po dalším měsíci postoupila na pozici vaření, ze které předem měla trochu obavy. Ale vaření ji bavilo a zvládla ho výborně.

V této době (listopad 2012) byla Marie propuštěna z léčebny a řešila otázku svého dalšího bydlení. Chráněné bydlení jí nevyhovovalo z důvodu relativně přísného režimu, který se tam musí dodržovat. Dala přednost bydlení v azylovém domě pro ženy v Modřanech, kde je maximální délka pobytu 3 měsíce. Zároveň musela Marie řešit otázku svého dluhu k léčebně, podařilo se jí domluvit nový splátkový kalendář. Problémem zůstává dostatek financí na bydlení. Terapeutka doprovází Marii na sociální odbor Městské části Praha 4, kde jí pomáhá vyřizovat žádost o příspěvek na bydlení a dávky hmotné nouze.

Za těchto složitých okolností je pro Marii velmi náročné dostát svým pracovním povinnostem, především má velké problémy s pozdními příchody do práce a s absencemi. Marie sepisuje prohlášení, dle kterého sama dá výpověď, pokud se pozdní příchody a absence budou opakovat. Po opětovném pozdním příchodu se tím rozhodl Marii rehabilitaci na jeden měsíc přerušit (od 15.1. do 16.2.2013).

Na konci ledna se uskutečnila společná schůzka Marie, pracovní terapeutky a sociální pracovnice z azylového domu, na které domluveno, že s pracovní terapeutkou bude Marie řešit hlavně pracovní záležitosti, ostatní (bydlení, finance,...) se sociální pracovnicí z azylového domu. Se souhlasem Marie rovněž sociální pracovnice z azylového domu požádána o zaslání zápisu ze schůzek s Marií. Momentálně nejpalčivějším problémem pro Marii je plánování a organizování času tak, aby mohla stihnout vše, co je potřeba.

Od února začíná Marie bydlet v novém azylovém domě pro ženy ve Vršovicích. Po opětovném nastoupení do rehabilitace se absence a pozdní příchody vylepšily, nicméně pozdní příchody ve stále menší míře přetrvávaly. Proto Marie pracovala na plánování dne a na umění vymežit se vůči svému okolí – to byl její třetí rehabilitační plán. Dříve se jí

totiž stávalo, že třeba někomu pomáhala, bohužel za cenu pozdního příchodu na směnu. V rámci patronských schůzek a směn dále pracovala na vylepšení komunikace s kolegy, jak co komu sdělovat, lepším využívání času při směně, rozplánování pracovních činností a určování priorit.

Koncem března dostala Marie nabídku práce na zkrácený úvazek ve volnočasovém klubu Mosty pro lidi s duševním onemocněním v organizaci Fokus. Posléze bylo pár schůzek věnováno přechodu do práce v Mostech. Terapeutka pomohla Marii s úpravou CV a motivačního dopisu.

Marie projevila zájem o spolupráci i po přechodu do nové práce, což se uskutečnilo formou provázení. Od května probíhaly tedy podpůrné schůzky při přechodu do Mostů. Hlavním tématem byla podpora při změně zaměstnání, hlavně zvládání reakcí při nových stresových situacích – v novém prostředí s novými lidmi. To se stalo obsahem čtvrtého rehabilitačního plánu.

Na konci srpna se Marie domluvila s terapeutkou, že již nepotřebuje provázení, svoji práci dobře zvládá, proto terapeutka započala ukončování rehabilitace. Společně provedly vyhodnocení rehabilitace. Marie je samostatná, práci dobře zvládá, jen občas zápasí s novými věcmi. Rehabilitace Marii hodně posunula. Zpracovala především na plánování běžného dne. Dokáže docházet včas do práce, stihne si zařídit vše potřebné a najde i čas na příležitostné posezení s přáteli. Se svým režimem dne je oproti počátku rehabilitace spokojena. Také se jí podařilo vylepšit komunikaci a vyjadřovací schopnosti.

Marie nyní bydlí v azylovém domě a pracuje na poloviční úvazek v klubu Mosty. Podařilo se jí splnit její dlouhodobý plán, se kterým nastupovala do rehabilitace.

Květa, 52 let

Paní Květa vystudovala střední školu zakončenou maturitní zkouškou. Dříve pracovala jako recepční a sekretářka. Před nástupem do rehabilitace 2 roky nepracovala a byla pouze doma. Tím pádem vypadla z pracovního tempa.

Klientka má příznaný III. stupeň invalidního důchodu. V době nástupu do rehabilitace bydlela sama na svém pozemku mimo Prahu. Květa při příchodu do Klubu V. kolona uvedla, že má velké dluhy a finanční obtíže. Také uvedla, že má velice špatné vztahy s rodinou a v počátku rehabilitace se tyto vztahy ještě zhoršily.

Paní Květa má diagnostikovanou schizoafektivní poruchu smíšeného typu. Onemocnění u ní začalo asi před dvaceti lety. Rozvíjelo se postupně. Poprvé byla hospitalizována před

17 lety v tehdy ještě bohnickém ústavu, po druhé před 10 a potřetí při nástupu do rehabilitace Tato duševní porucha se u ní projevila v souvislosti s mateřstvím. Na nemoc klientka užívá pravidelně léky. Onemocnění se projevuje mírnou únavou a poruchami soustředění. Pro klientku je velice obtížné vstávat a v práci si musí hlídat míru zátěže. Na nemoc má náhled a uvědomuje si veškerá rizika. Uvědomuje si dokonce i momenty ve kterých se porucha zhoršuje.

Od rehabilitace klientka očekávala, že se dostane mezi lidi a překoná tak svůj lehký strach z lidí. Hlavní zakázkou klientky bylo dostat se na volný trh práce, takže si postupně chtěla osvojovat povinnosti běžného života, aby pro ni nebyl přechod do normální práce takový šok. Dále se chce naučit nové praktické věci a zůstat aktivní.

Květa nastoupila na mytí nádobí a měla po celou dobu rehabilitace 2 - 4 směny týdně. Vyzkoušela si všechny doby trvání směn od tříhodinových až po osmihodinové. Vystřídala všechny pozice včetně barmana. Jedním z hlavních cílů podle rehabilitačního plánu pro ni byl kontakt s lidmi a znovuzískání pracovních návyků. Také potřebovala mít režim dne. Po dobu rehabilitace bojovala Květa se stresovými situacemi. Ty vznikaly při situacích, kdy měla hodně objednávek v kuchyni nebo když počítala peníze na baru. Tento boj se nakonec také stal součástí jejího plánu. Neuměla reagovat asertivně na zákazníky a to ji dostávalo do stresových situací při práci. Na schůzkách s ní se nejčastěji řešila její finanční situace, co má zaplatit nejdřív a jak zaplatit peníze za bydlení. Během reahabilitace se jí podařilo finanční situaci hodně zlepšit. Co se týče práce se stresem a zátěží, pracovalo se s ní na různých mechanismech, které jí pomáhaly stres zvládat. Pomáhalo jí také, když si vše rozfázovala. Při odchodu z rehabilitace nechtěla jít pracovat za bar, protože je to pro ni hodně zátěžové. I přesto si chtěla pořád najít práci na otevřeném trhu.

Květa nečekaně dobrovolně ukončila rehabilitaci po 14 měsících. Důvodem byly vedlejší aktivity, kvůli kterým neměla čas. Docházela do jiné sociální služby, chodila na kroužek počítačů atd. Po ukončení spolupráce s kavárnou vypadla z pracovních návyků. Byla opět doma asi 3 měsíce a pak si našla nějakou práci, ale v té nebyla ani měsíc. Po dalších 4 měsících se přihlásila do jiné projektu *Green doors*. Tam je doteď a daří se jí tam. Opět normálně funguje, občas je trochu depresivnější a vypadne z pracovního tempa, ale to je vždy jen na krátký časový úsek.

Shrnutí:

Z uvedených kazuistik lze vyvodit pár závěrů. Hlavní okolností je, jak je klient připraven před zahájením rehabilitace, jaké má cíle, jakou má vůli a z jaké části chce tyto cíle splnit. Program rehabilitace v těchto dvou případech úplně nepomohl dostat se klientům na volný trh práce. I přesto jim pomohl velice dobře si osvojit základní pracovní návyky. Obě klientky se také mohli dále úspěšně zapojit i do dalších pracovních rehabilitačních programů, klientka Květa dokonce do náročnějšího než je *Klub V. kolona*, který už snad pomůže klientce se dostat zpět na volný trh práce. Sociální rehabilitace v těchto případech pomohla klientkám jak v pracovním tak v osobním životě. Marii se podařilo naučit se organizovat vlastní volný čas a také se naučila být více asertivní vůči okolí. Květa si zase osvojila zvládání práce pod zátěží, překobala svůj lehký strach z lidí a také dokázala zlepšit svoji finanční situaci. Je tedy vidět, že ačkoliv klientky rehabilitace sice plně nepřipravila na klasické zaměstnání, pomohla jim zásadně zlepšit kvalitu života.

8.1.4 Klub V. kolona v číslech

Následující informace jsem čerpal z výročních zpráv Green doors 2012 a 2013. Kavárnou v roce 2012 prošlo při kapacitě dvacetipěti lidí rehabilitací 21 klientů. V tomto roce nastoupilo 11 nových klientů a 12 jich rehabilitaci ukončilo. Dvě třetiny klientů měly diagnózu schizofrenie. Co se týče věku bylo 52 % klientů míň než 35 let a 48 % bylo 36 a více let. Zajímavé je také číslo 81 %, což je procento klientů, kteří měli přiznaný invalidní důchod. Výroční zpráva také sledovala úspěšnost rehabilitace s časovým odstupem. Výsledky se týkají 10 klientů, které se podařilo kontaktovat po třech měsících po ukončení pobytu. Tyto výsledky dopadly následovně: 3 klienti pracují nebo pokračují v rehabilitačních programech, 3 si hledají práci, jeden navštěvuje rekvalifikační kurz a 3 klienti byli v době sledování bez pravidelné aktivity.¹⁰⁶

V roce 2013 nastoupilo 11 klientů a službu ukončilo 8 klientů. Celkově programem prošlo 20 klientů, což je o jednoho klienta méně než předešlý rok. Čísla, která se týkající se věku a diagnózy jsou téměř stejná jako za minulý rok. Ovšem čísla udávající úspěšnost s časovým odstupem jsou jiná, protože se podařilo kontaktovat jen 6 osob. Z těchto šesti klientů dva pracují na volném trhu práce, dva v jiných rehabilitačních programech, jeden člověk pracuje jako dobrovolník a jeden nastoupil do jiné sociální služby.¹⁰⁷

Poměr úspěšnosti klientů zůstává prakticky zachovaný ať už se jedná o 10 respondentů

¹⁰⁶Green Doors. Výroční zpráva. 2012.

¹⁰⁷Green Doors. Výroční zpráva. 2013.

nebo o 6. Jde vidět, že zhruba třetina klientů se uplatní na volném trhu práce. Další zhruba třetina se dál rekvalifikuje nebo navštěvuje jinou službu sociální rehabilitace. Poslední třetina klientů buď práci hledá nebo zůstává bez pravidelnější aktivity.

Úspěšností rehabilitace ukončuji praktickou část mé absolventské práce a práci celkově považuji za uzavřenou.

Závěr

Jsme na konci mé absolventské práce na téma sociální rehabilitace osob s duševní poruchou. V teoretické části byly položeny základy pro praktickou část. Těmi základy mám na mysli vymezení disciplín, které se přímo zabývají duševními poruchami, popis nejčastějších duševních poruch, se kterými se setkávám v mém zaměstnání, nastínění reformy psychiatrické péče a jak pracovat s duševně nemocným v rámci sociální práce. Tak byla nastíněna hranice mezi zdravím a duševní nemocí. Svou pozornost jsem také zaměřil na financování psychiatrické péče a lehce jsem zabrousil i do veřejného mínění o duševně nemocných lidech pomocí výroku prezidenta naší republiky.

Praktická část byla věnována organizaci *Green Doors z. ú.* a tomu jak probíhá sociální a pracovní rehabilitace v jednom z projektů této organizace. Tento projekt byl popsán a na příkladech dvou klientů, kteří prošli tímto zařízením, je možné vidět, jak se v rámci rehabilitace s těmito klienty pracuje a jak jim tento proces může pomoci dál v životě.

Z praktické části se mi také podařilo vyvodit několik výsledků a závěrů, jak vlastně funguje a pomáhá sociální rehabilitace. Je důležité zmínit, že stejně jako duševní poruchy mají u každého jiný průběh, tak i průběh rehabilitace není pro všechny klienty stejný a záleží individuálně na schopnostech každého klienta. Důležitý je také zdravotní stav, ve kterém jsou klienti před rehabilitací. Dalšími faktory úspěšnosti a neúspěšnosti rehabilitace jsou: pracovní schopnosti a dovednosti klienta, zkušenosti v oboru pohostinství (konkrétně v kavárně *Klub V. kolona*), komunikační dovednosti a inteligence, stanovení si dosažitelných cílů rehabilitace a vůle tyto cíle dotáhnout do úspěšného konce. Na zdárné dokončení rehabilitace má vliv samozřejmě i prostředí, ve kterém klienti pracují a personál, s kterým spolupracují. Ostatně je to stejné jako v jakémkoli jiném zaměstnání. Je třeba brát ohledy také na aktuální životní, vztahovou, nebo finanční situaci rehabilitovaného. Lidé s duševním onemocněním totiž mnohdy kolem sebe nemají rodinu nebo přátele, kteří by jim pomáhali, a tak se často dostávají do svízelných životních situací (bydlení, finance), se kterými se sami nejsou schopni poradit. Ještě, když zohledníme, že mají určitý zdravotní problém. Právě proto zde existují komunitní zařízení jako je *Green Doors z. ú.*, kde mají tito lidé dveře dokořán.

V poslední kapitole mé absolventské práce jsou k dispozici i číselné údaje o úspěšnosti rehabilitace kavárny, kde pracují. Dalo by se z nich shrnout, že klienti *Klubu V. kolona* nejčastěji trpí schizofrenií. Průměrný věk klientů je zhruba 35 – 40 let. Ve sledovaných letech službou prošlo asi 20 klientů. V obou letech jich přibližně stejně do programu

nastoupilo jako ukončilo tento rehabilitační program. Z čísel by šla dále vyčíst jistá spojitost mezi schizofrenií a úspěšností rehabilitace lidí s touto diagnózou. Stejně jako u schizofrenie platí pravidlo třetin, tak u čísel úspěšosti této služby za poslední roky ve zmiňované kavárně platí něco pohobného. Zhruba třetina klientů, kteří ukončí rehabilitační proces, je dále hospitalizována a nevykazuje žádnou pravidelnější činnost. Další asi třetina, která je dle mého odhadu „nejpočetnější“, nadále dochází do rehabilitačních projektů a využívá sociálních služeb, ať už v organizaci *Green Doors z. ú* nebo jiné (*Fokus, Baobab o. s.*). Poslední, naopak „nejméně početná“ třetina, si najde zaměstnání na volném trhu práce. Já osobně to považuji za velký úspěch této služby, jelikož prosadit se na trhu práce je často nemožné i pro zdravého člověka. Berme v potaz, že tito lidé mají duševní hendicep a ještě to jak jsou stigmatizovaní. Je důležité také říci, že cílem rehabilitace není jen dostat klienta na otevřený trh práce, ale také zlepšovat kvalitu jeho života a co nejvíce ho osamostatnit, což si myslím, že se v tomto případě daří.

Z praxe z mého zaměstnání můžu říct, že jsem se nikdy neseťkal s konfliktním klientem nebo nějakými projevy agrese vůči okolí. Většinou jsou to tišší nebo naopak velmi usměvaví lidé. Svou práci odvádějí velice dobře, někdy mají někteří klienti s prací problémy, ale jsou ochotni je řešit s terapeutem. Občas se objeví klient s pomalejším pracovním tempem, ale jelikož je to tréninková kavárna, mají pro to zákazníci pochopení.

Co se týče klientely *Klubu V. kolona*, ta se skládá především z pacientů bohnické nemocnice, jelikož se kavárna nachází přímo v komplexu *Psychiatrické nemocnice Bohnice*. Tito zákazníci nemají příliš mnoho peněz a když je mají, utratí je za něco jiného než za kávu. To se odráží v tržbách kavárny. Ty jsou závislé na návštěvách pacientů, účastnicích kulturních akcí v *Divadle Za plotem*, účastnicích koncertů přímo v kavárně a náhodných kolemjdoucích. Myslím, že je trochu škoda, že se tento prostor kavárny nachází „za plotem“, protože to odradí potencionální zákazníky. Na druhou stranu si říkám, že právě tím je tato kavárna tak jedinečná. Spousta lidí, co přijde poprvé, při odchodu nadšeně žasnou nad atmosférou a originalitou této kavárny. Mnoho z nich ani neví nebo nepoznává, že byli obslouženi nebo jim uvařil například člověk s paranoidní schizofrenií.

Seznam použité literatury a dalších pramenů informací:

Odborné monografie:

1. ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada, 1994, 228 s., 13 barev. obr. na příl. ISBN 80-7169-086-4.
2. FOITOVÁ, Zuzana, Mudr., *Schizofrenie*. Praha: Fokus, 2008, ISBN neuvedeno.
3. JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006, 26 s. ISBN 80-254-8619-2.
4. KŘESADLO, Jan. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: (zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům)*. Vyd. 1. Olomouc: Periplum, 2001, 194 s. ISBN 80-902836-1-6.
5. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
6. OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
7. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
8. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 128 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-36-9.
9. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

Absolvenstské práce:

1. PÍPALOVÁ, Petra.: Psychosociální rehabilitace v tréninkové kavárně Café na půl cesty: Diplomová práce. Praha: Husitská teologická fakulta, 2010. 100., 4. příl. Vedoucí diplomové práce. prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc., Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/705/>.

Slovníky a encyklopedie:

1. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 9788073675691.

Jiné písemné zdroje:

1. GREEN DOORS, z. ú., Výroční zpráva. Praha: Green Doors, o. s., 2012.
2. GREEN DOORS, z. ú., Výroční zpráva. Praha: Green Doors, o. s., 2013.

Internetové zdroje:

1. Bohnicebezhranic.cz [online]. 28.4.2015 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pece-o-pacienty/soucasny-stav-v-cr/>
2. Česká asociace psychického zdraví [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: www.capz.cz
3. Český statistický úřad [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xa>
4. Demografie.info [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=781&
5. Deprese.com [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.deprese.com/index.php?section=obili§ion2=strach§ion5=strach3>
6. Fokus. Ripová L. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.fokus-cr.cz/index.php/dokumenty/category/14-stanoviska-a-vyzvy?download=30:ochrana-prav-dusevne-nemocnych-v-ceske-republice>
7. Green Doors. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/>
8. Green Doors. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/kdo-jsme>
9. Green Doors. [online]. [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: http://www.greendoors.cz/pata_kolona/rehabilitace
10. Green Doors [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/petice-deklarace>.
11. Lidemezilidmi.cz [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-strategii-transformace-psychiatricke-pece>.
12. Národní informační centrum pro mládež [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.icm.cz/svetovi-den-dusevniho-zdravi>.
13. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/prispevek-do-diskuse-o-ceske-psihiatri>.
14. Reformapsychiatrie.cz [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.VT-Np9Ltmko>.

15. Reformapsychiatrie.cz [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2015/03/12/reakce-vyboru-psychiatricke-spolecnosti-cls-jep-na-vyroky-prezidenta-zemana/#.VT-J5tLtmko>.
16. Stopstigma.cz. Wenigová, B. [online]. [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: www.stopstigma.cz/files/Stigma%20a%20psychiatrie.docx.
17. Zdrav.e15.cz [online]. [cit.2015-04-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/pacientu-v-ambulancich-psychiatru-loni-vyrazne-pribylo-465526?category=z-domova>.

Seznam obrázků:

1. Obr. 1. 1: Graf nákladů na psychiatrickou péči (%) z celkových nákladů na zdravotnictví v jednotlivých evropských zemích
2. Obr. 8. 1: Schéma služeb organizace Green Doors z. ú.

Summary

This bachelor thesis deals with social rehabilitation of persons with mental disorders. This thesis is divided into two parts: theoretical and practical.

The theoretical part of this thesis sets out the science behind certain mental disorders and outlines the rights of mentally ill people. This part also deals with specific mental disorders such as schizophrenia. The reform of psychiatric care is a particular concern of this part of my bachelor thesis. The end of this section is dedicated to social work with people with mental illness.

The second part of this thesis is more practical in nature and deals with the process of rehabilitation in the organization *Green Doors z. ú.*, in particular in *Klub.V kolona*. *Klub.V kolona* is a cafe where people with mental disorders can work, which is part of the process of their rehabilitation. This part of my thesis provides a description of the organization, a description of the rehabilitation process, the personal composition of the cafes, case reports of clients and their successful rehabilitation.

This thesis attempts to show how important and successful social rehabilitation is to the wider community. We can see from the thesis how people with mental disorders can have a difficult life and I hope to educate readers about the prejudices the mentally ill people fight on a daily basis.