

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie

Diplomová práce

**SOCIÁLNÍ, ETICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PRÁCE
S LIDMI SE SCHIZOFRENIÍ**

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Autor práce: Bc. Petra Žižková

Studijní obor: ESP kombinované

Ročník: 3.

2011

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Táboře 25. 3. 2011

.....
Bc. Petra Žižková

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Ing. Marii Lhotové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost, cenné rady, připomínky a konzultace. Děkuji také mé rodině za umožnění studia, podporu a pochopení, nejen při psaní této práce.

OBSAH

ÚVOD	6
ČÁST TEORETICKÁ	
1. Duševní zdraví versus duševní porucha/onemocnění	8
1.1 Etapy rozvoje duševního onemocnění	9
1.1.1 Období zdraví.....	9
1.1.2 Období premorbidních projevů	10
1.1.3 Prodromální stadium	10
1.1.4 Úvodní akutní nebo subakutní stadium.....	10
1.1.5 Období manifestace poruchy	10
1.1.6 Období doznívání příznaků	11
1.1.7 Období rekonvalescence	11
1.1.8 Období obnoveného zdraví	11
1.2 Pojetí nemocí duše v dějinách.....	11
2. Schizofrenie	12
2.1 Příčiny vzniku schizofrenie	13
2.1.1 Příbuzenský vztah s člověkem se schizofrenií.....	14
2.1.2 Genetická odchylka.....	15
2.1.3 Vnější rizikové vlivy.....	15
2.2 Příznaky a projevy schizofrenie	17
2.3 Diagnostika a typy schizofrenie.....	19
2.3.1 Paranoidní schizofrenie.....	20
2.3.2 Hebefrenní schizofrenie	21
2.3.3 Katatonní schizofrenie	22
2.3.4 Nediferencovaná schizofrenie.....	22
2.3.5 Reziduální schizofrenie.....	23
2.3.6 Simplexní schizofrenie	23
2.4 Průběh a prognóza schizofrenie	24
2.4.1 Partnerství a sexualita	26
2.4.2 Možnosti léčby schizofrenie	27
3. Psychiatrie	29
3.1 Psychiatrické terapie	31
3.1.1 Biologická léčba	31
3.1.1.1 Antipsychotika	31
3.1.2 Psychoterapie	33
3.1.3 Sociální terapie	35
3.2 Ochranná léčba	36
3.3 Politické zneužívání psychiatrie	37
4. Sociální hledisko schizofrenie.....	38
4.1 Sociální práce s lidmi se schizofrenií	39
4.1.1 Resocializace a integrace lidí se schizofrenií	41
4.1.1.1 Zaměstnávání lidí se schizofrenií	43
4.1.2 Etika v sociální práci.....	44
4.2 Rodiny schizofreniků.....	46

5.	Etický kodex a etika při práci s lidmi se schizofrenií.....	47
5.1	Etický kodex SPk ČR	48
5.2	Etický kodex psychologů a psychoterapeutů ČR	49
5.3	Etika lékařské péče v ČR.....	49
5.3.1	Etické problémy v psychiatrii	51
5.4	Práva a povinnosti lidí se schizofrenií	52
5.4.1	Omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům.....	54
 ČÁST PRAKTICKÁ		
6.	Výsledky výzkumu dotazníkového šetření.....	56
6.1	Cíl zkoumání a stanovení hypotéz	56
6.2	Charakteristika výzkumného vzorku	56
6.3	Metody a techniky výzkumu.....	56
6.4	Výsledky empirického šetření	57
6.5	Diskuze – celkové shrnutí.....	77
 ZÁVĚR		
		84
 Seznam použitých zdrojů		
		86
Seznam zkratk		
		90
Seznam příloh		
		91
Přílohy		
		92
Abstrakt		
		112
Abstract		
		113

ÚVOD

Téma diplomové práce jsem si vybrala, protože pracuji s lidmi s duševním onemocněním, zejména s lidmi se schizofrenií. Toto téma je mi tedy velmi blízké, zároveň bych se touto prací chtěla více informovat o tomto onemocnění. Jsem přesvědčena, že toto téma je stále natolik aktuální, že stojí za popsání dané problematiky a prohloubení poznání o dnešní informovanosti lidí o schizofrenii v rámci výzkumu.

Cílem diplomové práce je nahlédnout na schizofrenii z hlediska sociálního, etického a psychologického. A dále zjistit, jak je dospělá populace všeobecně informována nebo jaké má znalosti o duševním onemocnění, respektive o schizofrenii, a jaké etické pohledy na schizofrenii převažují. Zejména zda je správné, aby lidé s onemocněním z oblasti schizofrenie vstupovali do manželství a zakládali rodinu.

Diplomová práce se skládá z části teoretické a praktické. Část teoretická má pět kapitol, v nichž se zaměřuji zejména na propojenost oborů sociální práce, psychiatrie, psychologie a etiky. Při práci s touto cílovou skupinou je velmi nutné, aby tyto obory spolupracovaly. Všemi obory jako jsou sociální práce, psychiatrie, psychologie aj. by se měla projímat etika, alespoň z té části, že jednotliví pracovníci se musí řídit daným Etickým kodexem. Nejprve se pokusím popsat schizofrenii všeobecně – tzn. jak vzniká, příznaky a projevy, diagnostika, průběh a prognóza a možnosti léčby. Dále se zaměřuji na psychiatrické a sociální hledisko schizofrenie a také na Etické kodexy jednotlivých oborů.

Část teoretická se opírá o zejména o tyto zdroje:

- ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. 2. rozš. vyd. Praha: MAXDORF, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1.
- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
- HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2009.

ISBN 978-80-903640-4-2.

- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
- JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Baobab, 2006. ISBN neuvedeno.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-423-3.
- SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

Praktická část je založena na interpretaci výsledků kvantitativního výzkumu. Jako výzkumnou techniku jsem zvolila dotazník. Na počátku jsou stanoveny tři hypotézy. Cílem dotazníku je zjistit, jaké má dospělá populace všeobecné znalosti o schizofrenii a jaké pohledy na schizofrenii převažují.

Diplomová práce obsahuje přílohy, ve kterých se odkazují na Etické kodexy jednotlivých pracovníků, Deklaraci práv duševně postižených lidí, Omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům a na Dotazníkové šetření.

Jsem si vědoma toho, že tato diplomová práce nemůže podat vyčerpávající přehled informací o schizofrenii a sociálních, etických a psychologických aspektech práce s lidmi se schizofrenií. Mojí snahou bude spíše otevřít tuto oblast, nastínit její problematiku a položit základy pro další práce na toto téma.

ČÁST TEORETICKÁ

1. Duševní zdraví versus duševní porucha/onemocnění

„Pojem *zdraví*¹ nelze chápat negativně (zdraví je tam, kde není nemoc), ani pomocí kritéria normality. Kritérium normality samo o sobě neexistuje, je to vždy vztah k něčemu. Také na zdraví se nelze dívat jako na daný stav, ale jako proces, který má svou dynamiku. Nevychází se sám o sobě, ale vždy v určitém vztahu k prostředí.“²

Organismus se určitým způsobem přizpůsobuje prostředí a prostředí naopak klade na organismus určité nároky. Podobné je to mezi normalitou a zdravím. Zdraví je zvláštní případ normálního (podobný pohled na termín „zdraví“ má i Srov. ONDOK 2005: 38).³

Podle KŘIVOHLAVÉHO je však velmi důležité, jak se na slovo „zdraví“ pohlíží, může mít mnoho významů. Ne každý člověk si pod pojmem zdraví představí jednu a tu samou věc. Ve své knize odděluje pojem zdraví jako cíl a zdraví jako prostředek k dosažení určitého cíle.⁴

Dále KŘIVOHLAVÝ tvrdí, že by se psychologie v tématu zdraví měla věnovat i stránce sociální, protože člověk je tvor společenský a žije zde s ostatními lidmi. Na zdraví bychom tedy měli hledět z hlediska sociálně psychologického, ne jen psychologického, jak tomu bylo dříve.⁵

Což také uvádí psychologický slovník: *Je jen velice málo psychických jevů, které nejsou sociální povahy.*⁶

Choroba nebo také někdy označovaná jako porucha je považována za abnormalitu, která se kvalitativně liší od zdraví a je typická svými příznaky.⁷

Psychika člověka se vyvíjí na základě interakcí vrozených dispozic a působení vlivů z vnějšího prostředí. Nikdy však předem není jasné, zda vrozené dispozice či vlivy prostředí zapůsobí na psychický vývoj kladně či záporně.⁸

¹ Existuje mnoho definic zdraví. KŘIVOHLAVÝ se pokusil si vytvořit jakousi vlastní definici, stvořenou ze známé definice Světové zdravotnické organizace WHO a jiných definic zdraví: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 40.

² DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 22.

³ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 22.

⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 28.

⁵ Tamtéž, s. 94.

⁶ Srov. ENGLISH, H. B., ENGLISH, A. V. *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*, s. 506.

⁷ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 23.

⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 30.

Jiní autoři tvrdí, že když je hranice nároků prostředí převýšena přizpůsobivostí organismu, tak je člověk zdravý. V opačném případě se porušuje rovnováha a člověk se stává nemocným.⁹

Když si položíme otázku „*Co znamená být psychicky nemocný?*“ je to skoro stejné jako když se zeptáme „*Co znamená být člověkem?*“.¹⁰

Psychicky nemocný člověk je ten, který se někdy ocitl v krizi při řešení svých životních problémů, je zranitelný, má potřebu ochrany a potřebu objasnit neobjasnitelné. Výsledkem je nemoc či porucha, zranění, utrpení či odchylka. Každého z nás toto vše může potkat kdykoliv.¹¹

Člověk si však nejčastěji uvědomuje hodnotu zdraví, až když stojí tvář v tvář onemocnění.¹²

Což také potvrzuje přísloví: „*Zdravý člověk má tisíc přání, nemocný jen jedno...*“.¹³

1.1 Etapy rozvoje duševního onemocnění

Etapy rozvoje duševní poruchy/onemocnění bývají různě intenzivně vyjádřeny, obvykle se rozlišují tyto etapy:

- **Období zdraví,**
- **období premorbidních projevů,**
- **prodromální stadium,**
- **úvodní akutní nebo subakutní stadium,**
- **období manifestace poruchy,**
- **období doznívání příznaků,**
- **období rekonvalescence,**
- **období obnoveného zdraví.**¹⁴

1.1.1 Období zdraví

Období zdraví se projevuje jednak charakteristickou strukturou osobnosti každého člověka, dále zděděnými faktory a faktory získanými z prostředí, vzdělání a z výchovy. To se může projevit v zájmech, zálibách, charakterových vlastnostech a formátu osobnosti. Ve vztahu k duševní poruše se toto období označuje jako **premorbidní**

⁹ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 23.

¹⁰ Srov. DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 6.

¹¹ Tamtéž, s. 8.

¹² Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 130.

¹³ Tamtéž, s. 130.

¹⁴ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 26.

osobnost. Charakter duševní poruchy neurčují pouze psychické a somatické změny, ale i pacientova reakce na tyto změny. Znalost premorbidní osobnosti pomáhá při určování prognózy poruchy.¹⁵

1.1.2 Období premorbidních projevů

Před rozvojem psychické poruchy se mohou objevovat různé psychické a somatické obtíže. Zprvu nelze rozpoznat, že u jedince dochází k rozvoji psychické poruchy. Obtíže jsou nespecifické a mohou se vyskytovat u různých onemocnění a poruch, jako např. narušený spánek nebo pocit únavy.¹⁶

1.1.3 Prodromální stadium

V tomto období se již objevují úvodní projevy rozvíjející se poruchy. Příznaky nabývají charakteru chorobných příznaků – i když nespecifických a ještě neskloubených do rozvinutého chorobného obrazu. Tyto příznaky může nemocný poznat sám nebo jeho okolí. V tomto období lze proces lékařem zastavit nebo zvrátit, v horším případě přejde do následujícího stádia.¹⁷

1.1.4 Úvodní akutní nebo subakutní stadium

Toto období je charakteristické tím, že se vedle nespecifických příznaků objevují i příznaky specifické. Lze již diferencovat mezi základními kategoriemi psychických poruch. Což umožňuje lépe diagnosticky zasáhnout.¹⁸

1.1.5 Období manifestace poruchy

Nespecifické příznaky odeznívají a začínají se objevovat příznaky charakteristické pro dané psychické onemocnění. Příznaky jsou již tak výrazné, že lze snáze diagnostikovat duševní poruchu, zejména manické a depresivní projevy.¹⁹

Velmi napomohou informace z okolí nemocného, což umožní upřesnit diagnostiku. V tomto období nejde již o léčení syndromů, ale určité psychické poruchy.²⁰

¹⁵ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch* s. 26.

¹⁶ Tamtéž, s. 26.

¹⁷ Tamtéž, s. 26.

¹⁸ Tamtéž, s. 26.

¹⁹ Tamtéž, s. 27.

²⁰ Tamtéž, 27.

1.1.6 Období doznívání příznaků

Po dosažení vrcholu začínají ustupovat specifické projevy psychické poruchy a opět jsou výraznější nespecifické projevy. Mohou se podobat příznakům premorbidní osobnosti. U řady poruch se objevují příznaky v opačném sledu, než narůstaly. Výrazněji se však liší nespecifické příznaky – např. poruchy spánku a bolesti hlavy ustoupily, ale mohou se objevovat projevy reziduální, jako jsou např. změny osobnosti.²¹

1.1.7 Období rekonvalescence

V tomto období mohou přetrvávat některé nespecifické projevy, jako jsou únava či slabost, specifické projevy již odezněly. Také mohou přetrvávat projevy způsobené *biologickými terapiemi* [více viz. kapitola 3.1.1], jako jsou např. poruchy paměti při elektrošokové léčbě nebo parkinsonovská chůze, jako projev některých antipsychotik. V tomto období se zlepšuje sociabilita nemocných, péče o vlastní osobu a zejména komunikace.²²

1.1.8 Období obnoveného zdraví

V nejlepších případech dojde k úplnému odeznění všech projevů psychické poruchy, ale ne vždy tomu tak je. U některých psychických poruch přetrvávají postprocesuální změny, ke kterým došlo narušením osobnosti postiženého psychotickou poruchou. Včasné rozpoznání a správné léčení snižuje tato rizika na minimum.²³

1.2 Pojetí nemocí duše v dějinách

Nemoc duše neboli šílenství se v minulosti považovalo za dílo démonů, tzn. že člověk mohl být posedlý anebo uřknutý. Také se věřilo, že člověk mohl ztratit duši. Šamani léčili nemocného magicky, což by se dalo částečně srovnat s dnešní psychoterapií.²⁴

Dodnes se setkáváme s pozůstatky magického. I zdraví lidé myslí magicky. U nemocí duše je magického mnoho, zejména u psychotiků.²⁵

²¹ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 27.

²² Tamtéž, s. 27.

²³ Tamtéž, s. 27.

²⁴ Srov. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 11.

²⁵ Tamtéž, s. 11.

VACEK odkazuje na příklad posedlostí démony v Bibli v páté kapitole evangelia svatého Marka, kdy Ježíš vyléčí d'ábly posedlého. Kdy Ježíš vyřkl, aby duch nečistý vyšel z tohoto člověka a posedlý nabyl zase zdravého rozumu. Na tuto biblickou pasáž se mohli poté odkazovat vymítači d'ábla.²⁶

V minulosti se nemoci duše pokládali za dědičný hřích, či jako boží trest nebo také jako posedlost d'áblem.²⁷

Již Hippokrates však nemoci duše spojoval s mozkiem.²⁸

Významným mezníkem v historii nemoci duše byl v první polovině 19. stol., kdy Ernst von Feuchtersleben poprvé použil termín „psychóza“ a nahradil jím problematické termíny jako například šílenství, pomatenost, bláznovství atd.²⁹

Dalším důležitým představitelem německé psychiatrie byl Wilhelm Griesinger, který tvrdil, že šílenství je projevem nemoci těla a nemoci duše jsou nemocemi mozku. Nemoci duše mají více příčin a to nejen vnitřní, ale i vnější jako jsou např. lidské slabosti a starosti. V roce 1845 vydal učebnici psychiatrie.³⁰

2. Schizofrenie

„Chodí mezi námi mnoho lidí, o nichž netušíme, že trpí závažným duševním onemocněním – jsou navenek nenápadní.“³¹

Schizofrenie³² patří mezi duševní nemoci zvané psychózy³³. Schizofrenií trpělo mnoho známých osobností jako například Johanka z Arku, Francisco de Goya, George Fridrich Händel, Isaac Newton, Vincent Van Gogh, Gustav Flaubert a mnoho dalších.³⁴

Schizofrenie je považovaná za závažné duševní onemocnění. Projevuje se poruchami myšlení, vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Je to tzv.

²⁶ Srov. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 13.

²⁷ Tamtéž, s. 14.

²⁸ Tamtéž, s. 17.

²⁹ Tamtéž, s. 17.

³⁰ Tamtéž, s. 18.

³¹ FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie*, s. 1.

³² „Název schizofrenie pro toto psychotické onemocnění zavedl až významný německý psychiatr Eugen Bleuer.“ DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 11.

³³ „Diagnostická kategorie shrnující skupinu vážných duševních poruch, jejichž společným znakem jsou poruchy myšlení (např. bludné představy a myšlenky), poruchy emočního prožívání (např. oploštění emocí, úzkost), poruchy vnímání (např. halucinace), regrese do nižších stádií osobnostního vývoje, poruchy komunikace (např. neschopnost udržet téma), poruchy chování např. apatie, negativismus, artismus).“ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 166.

³⁴ Srov. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 8.

multisystémové poškození mozkových funkcí, z nichž vyplývají výše zmíněné psychické projevy.³⁵

Schizofrenie byla již popsána v antice. Slovo je řeckého původu, pochází ze slova **schizo** a **phren**, což v překladu doslova znamená štěpit rozum a myšlení (Srov. DUŠEK a VEČEŘOVÁ-POCHÁZKOVÁ 2010: 219 - ve své knize uvádí přesnější překlad "rozpad osobnosti"). Laická společnost si však mylně vykládá, že slovo schizofrenie znamená rozštěpená či rozdvojená osobnost, což by tedy znamenalo, že existují současně dvě nebo více odlišných osobností. Tento výklad je však nesprávný.³⁶

Schizofrenií trpí cca 1% populace bez ohledu na pohlaví, zeměpisnou lokaci, rasovou příslušnost či sociokulturní vlivy. Nejčastěji vzniká v mladém věku tzn. v 15 - 35 letech. U žen vzniká o něco později než u mužů (totéž tvrdí i Srov. VACEK 1996: 165; dále také Srov. DOUBEK, PRAŠKO, HERMAN a kol. 2008: 12 a také Srov. DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ 2010: 219).³⁷

Schizofrenie je diagnostikována zhruba u 25% pacientů psychiatricky hospitalizovaných a 50% pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok. Onemocnění bývá nejčastěji chronické a dosti často vede k trvalé invaliditě. V celosvětovém měřítku se řadí mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.³⁸

Schizofrenií může onemocnět úplně každý.³⁹

2.1 Příčiny vzniku schizofrenie

Dodnes není zatím známa žádná hlavní příčina tohoto onemocnění. Nejčastěji se dnes uvádí, jako vznik schizofrenie, společné působení řady biologických a psychosociálních faktorů (totéž uvádí i Srov. DOUBEK, PRAŠKO, HERMAN a kol. 2008: 16).⁴⁰

Což tvrdí i JEROLÍMEK, že neexistuje jedna příčina vzniku schizofrenie, ale jedná se o společné působení psychosociálních a biologických faktorů. Přirovnává vše k mozaice. Tedy pokud se tyto faktory spojí s nějakou stresovou situací, může vzniknout onemocnění.⁴¹

³⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 333.

³⁶ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 11.

³⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 334.

³⁸ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 13.

³⁹ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 11.

⁴⁰ Tamtéž, s. 15.

⁴¹ Srov. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 12.

Psychologické hypotézy považují schizofrenii za následek duševních útrap člověka, kdežto biologické hypotézy jsou přesvědčeny o organických odchylkách v mozku.⁴²

ALANEN považuje schizofrenii za komplexní problém, jehož základem je reakce na životní krizi jedince. Tento jedinec je psychologicky a biologicky více zatížen než ostatní a proto je pro něj těžké čelit krizovým situacím. Zdrojem zranitelnosti tohoto jedince může být psychologická a psychosociální zkušenost z dětství.⁴³

2.1.1 Příbuzenský vztah s člověkem se schizofrenií

Ačkoliv se dříve přisuzovali vzniku schizofrenie buď pouze dědičné faktory, anebo pouze působení vnějších nepříznivých vlivů či psychologické příčiny či konflikty, ZVOLSKÝ ve své knize Speciální psychiatrie považuje genetické faktory za součást předpokládaných dispozic vzniku schizofrenie.⁴⁴

Což také potvrzují psychiatři, autoři knihy *Psychóza v životě – život v psychóze*, kde uvádějí, že dědičnost, jako biologický faktor se může na vzniku schizofrenie podílet a to tak, že pokud onemocní jeden z rodičů schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že u dítěte se také projeví schizofrenie. Pokud oba rodiče onemocní schizofrenií, je pravděpodobnost u dítěte 30 - 40% (obdobné údaje o pravděpodobnosti dědičnosti uvádí také Srov. ZVOLSKÝ 1998: 83).⁴⁵

Nelze však jednoznačně říci, že schizofrenie může být tedy dědičná. Lze spíše říci, že se do určité míry dědí vloha pro schizofrenní onemocnění, ale ne nemoc jako taková, což tvrdí titíž autoři a vše potvrzují na studii jednovaječných a dvojvaječných dvojčat (tentýž příklad uvádí i Srov. ZVOLSKÝ 1998: 82; dále také Srov. RABOCH, PAVLOVSKÝ 2003: 79; a také Srov. ČEŠKOVÁ 2007: 14), kdy studie ukázali, že u jednovaječných dvojčat je větší pravděpodobnost onemocnění obou dětí (30 – 40%) než u dvojvaječných (10%).⁴⁶

⁴² Srov. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 178.

⁴³ Srov. ALANEN, Y. O. *Schizophrenia: It's origins and need-adapted treatment*, s. 20.

⁴⁴ Srov. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 82.

⁴⁵ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 15.

⁴⁶ Tamtéž, s. 15.

2.1.2 Genetická odchylka

Genetická informace se může odchýlit a projevit tak určitou změnu ve struktuře i funkci mozku, která by mohla vést ke vzniku psychických příznaků. Genetická podmíněnost může být zřejmá i u příbuzných schizofreniků.⁴⁷

Při vzniku schizofrenie mohou zvyšovat riziko vnější vlivy. Mohou to být např. prenatálně působící zátěže typu podvýživy a *hypoxie*⁴⁸, které negativně ovlivňují vývoj mozku. Nejsou však vyloučené ani postnatální vlivy psychosociálního charakteru, spojené především s rodinou. Jednou z teorií vzniku schizofrenie je koncept *vulnerability*⁴⁹. Ten předpokládá zvýšenou citlivost k podnětům zejména sociálního charakteru. Bývá charakterizován jako porucha zpracování informací.⁵⁰

Jedinci se zvýšenou citlivostí bývají nadměrně zranitelní, mívají sníženou frustrační toleranci, a proto jim dělá problémy zvládat běžné situace. Příčinou, která vyvolá chorobnou reakci, může být odmítnutí partnerem, odloučení od rodiny, resp. známého prostředí, nová role (např. nástup do zaměstnání), smrt blízkého člověka, nenaplněná očekávání aj.⁵¹

Pokud jsou lidé, s dispozicí schizofrenního onemocnění, vystaveni velké stresové zátěži, může schizofrenie nebo jiné psychotické onemocnění propuknout.⁵²

Nejčastěji však schizofrenie vzniká v době přechodu k dospělosti, kdy by se člověk měl osamostatnit a odpoutat od původní rodiny. Ne každý to dokáže, zejména zranitelní a přecitlivělí jedinci s tím mají problém. Požadavky na samostatnost jsou prožívány jako ohrožující, a proto mohou snadno vyprovokovat chorobné reakce.⁵³

Což také potvrzuje MALÁ ve své knize *Schizofrenie v dětství a adolescenci*, kde uvádí, že schizofrenie se objevuje primárně v adolescenci.⁵⁴

2.1.3 Vnější rizikové vlivy

Na vzniku schizofrenie, a později také na léčení, se může velkou měrou podílet prostředí, ve kterém člověk žije. Tzn. rodina, přátelé, škola, zaměstnání, ale i finanční

⁴⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 334.

⁴⁸ „Snížené množství kyslíku v tkáních“. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*, s. 276.

⁴⁹ „Zranitelnost; psychická vulnerabilita je duševní zranitelnost traumatickými zážitky, nebo při zvýšené psychické zranitelnosti zážitky, které se hrubě dotýkají citů a důstojnosti subjektu.“ NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 475.

⁵⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 336.

⁵¹ Tamtéž, s. 336.

⁵² Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 17.

⁵³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 336.

⁵⁴ Srov. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*, s. 41.

a bytová situace. Tyto zdroje mohou buď podporovat duševní zdraví, tedy působit jako ochranný faktor, nebo ho ohrožovat. V případě ohrožujícího faktoru mohou způsobovat napětí a stres. Všechny tyto oblasti mohou ovlivňovat životní pohodu či nepohodu nemocného jedince a proto je nutné nezanedbat tuto oblast.⁵⁵

KOUKOLÍK ve své knize uvádí, že rizikovým vnějším faktorem může být např. roční doba, ve které přijde dítě na svět. Tvrdí, že lidé, kteří onemocní schizofrenií se o 5 – 8% častěji rodí v zimě. Dále uvádí, že rizikovější jsou obyvatelé měst, protože je zde prý větší riziko virových infekcí. Rizikovým vlivem je také postižení mozku dítěte v průběhu těhotenství, v době porodu a po porodu. Mozek může být poškozen například špatnou výživou matky. Do vnějších rizikových faktorů také dále patří předčasný porod dítěte a tím více, čím je plod méně zralý. Riziko schizofrenie potomka také roste, pokud je otcem starší muž, zejména kvůli mutaci DNA u spermií starších mužů.⁵⁶

V neposlední řadě KOUKOLÍK uvádí těžký psychologický stres u těhotné ženy, který je velmi rizikový pro potomstvo, zejména pro chlapce. Chlapci se jeví být rizikovější než děvčata. Důvodem vzniku schizofrenie může být také migrace do jiné země, což způsobuje psychosociální stres, plynoucí ze života v jiném kulturním prostředí. Schizofrenie prý častěji postihuje chudé než bohaté, protože chudí se více stresují „sociálním skluzem“ z žebříčku úspěšnosti. U mladistvých schizofreniků byla prokázána z 80% případů závislost na nějaké psychoaktivní látce. Otázkou však zůstává, zda mladiství řeší svou nemoc drogou nebo byla-li droga spouštěčem nemoci. 70 - 90% lidí se schizofrenií jsou častěji kuřáci a projevuje se u nich 3x častěji nadměrné užívání alkoholu než u neschizofrenní populace. Na závěr uvádí, že bylo prokázáno, že 70% zkoumaných jedinců před onemocněním užívali marihuanu. Je tedy prokázáno, že marihuana není druh „sebeléčení“, ale naopak může schizofrenii spouštět.⁵⁷

Mnoho těchto faktorů může působit již v perinatálním období a mohou vést k narušení vývoje mozku, se zvýšenou zranitelností (vulnerabilitou) ke stresu. Pokud se zevní faktory připojí ke genetickým a jsou spolu ve vzájemné interakci, může vše vyústit v psychotickou poruchu.⁵⁸

⁵⁵ Srov. FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie*, s. 4.

⁵⁶ Srov. KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*, s. 197.

⁵⁷ Tamtéž, s. 198.

⁵⁸ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 14.

2.2 Příznaky a projevy schizofrenie

Příznaky schizofrenie mohou být dvojího typu, a to pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou nadměrná nebo zkreslená vyjádření normálních funkcí a negativní příznaky jsou oslabení či úplná ztráta normálních funkcí.⁵⁹

Nemocní mohou mít však rozdílné příznaky a většinou se nevyskytují dlouhodobě, tzn. po období zhoršení nemoci většinou odezní.⁶⁰

Pozitivní neboli psychotické příznaky jsou většinou hlavní příčinou hospitalizace. Vše je způsobeno přemnožením *dopaminu*⁶¹ v mozku. Pozitivní příznaky jsou např. *halucinace*⁶², *bludy*⁶³, poruchy myšlení a výkyvy v jednání dotyčného.⁶⁴

Totéž uvádí i DOUBEK, PRAŠKO, HERMAN, navíc uvádí, že halucinace mohou postihnout všechny smysly.⁶⁵

„Tisíckrát se nám v hlavě vylíhne nápad, z něhož by blud mohl být, tisíckrát mu zdravá duše usekne dráčky; jednou to však přece jen propuknout může.“⁶⁶

Negativní příznaky představují ochuzení psychiky, zejména v emotivitě a volní složce. Negativní příznaky dále dělíme na primární a sekundární. Primární jsou přítomné u nemocného první epizodou schizofrenie. Jsou to např. apatie, ochuzení řeči

⁵⁹ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 18.

⁶⁰ Srov. FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie*, s. 1.

⁶¹ „Důležitý biochemický přenašeč nervových vzruchů...jeho koncentrace na určitých synapsích je spojována se zvýšenou agresivitou a s určitými poruchami chování, jeho nedostatek naopak s apatií.“ NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*, s. 430.

⁶² Halucinace jsou projev zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které vnímá jen nemocný. Halucinace mohou být sluchové, u kterých jsou velmi nebezpečnou formou hlasy, které dávají nemocnému příkazy. Nemocní s těmito hlasy často komunikují. Halucinace mohou být také čichové, jsou většinou spojené s chuťovými. Projevují se nepříjemným zápachem či chutí, dotyčný si myslí, že ho chce někdo otrávit. U zrakových halucinací může dotyčný vidět jiné barvy, tvary, jiné osoby či celé dějové scény. Tělesné halucinace jsou vyjádřeny zejména tělesnými pocity, opět spíše negativními – např. pálení, elektrizování, doteky po těle, změny vnitřních orgánů. Zvláštním druhem halucinací jsou halucinace intrapsychické, kdy má dotyčný pocit, že mu „někdo jakoby vykrádá myšlenky“ nebo naopak „vkládá myšlenky“. Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 18.

⁶³ „Bludy jsou mylná nevyvratná přesvědčení, která nemocnému připadají zcela pravdivá a reálná. Bludy patří mezi poruchy myšlení. Blud má většinou určitý časový vývoj, kdy nejdříve nemocného napadá jen myšlenka, a až postupně dojde k vývoji bludného přesvědčení, které dále může přejít až propracovanému systému bludů. ... Obsahy bludů jsou nejčastěji pocity vztahovačnosti a pronásledování (paranoidní a perzekuční bludy). Dále mohou být bludná přesvědčení o nadání výjimečnými až nadpřirozenými schopnostmi (extrapotenční bludy) nebo mohou být bludy o významném původu (originální bludy). Často se setkáváme s náboženským obsahem bludů.“ DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 19.

⁶⁴ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 1.

⁶⁵ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 18.

⁶⁶ VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 173.

a myšlení, ztráta motivace a prožitku radosti aj. *Sekundární negativní příznaky souvisí s pozitivními příznaky*⁶⁷, projevují se zejména depresí, sníženou motorikou a nedostatkem sociálních stimulů (o pozitivních a negativních příznacích u schizofrenie se také zmiňuje srov. DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ 2010: 219).⁶⁸

ČEŠKOVÁ v knize *Schizofrenie a její léčba* navíc uvádí jako příznak schizofrenie - *kognitivní dysfunkci*⁶⁹, která spočívá v narušení poznávacích schopností. Kognitivní dysfunkce se objevuje na začátku nemoci a bývá většinou stabilní. V průběhu léčby se tyto funkce lepší. Kognitivní dysfunkci lze nalézt také u části příbuzných prvního stupně, kteří schizofrenií nikdy ne onemocní (o kognitivní dysfunkci hovoří také Srov. JAROLÍMEK 2006: 10).⁷⁰

„Je složité přesně a jednoznačně určit, co je v našem prožívání, myšlení a chování ještě normální, a co už nikoli. Mnohdy záleží spíš na tom, co je v daném místě a dané době běžné, co je ve společnosti zvykem.“⁷¹

U schizofrenního člověka se laik může pozastavovat nad tím, jak se jeví schizofrenik jednu chvíli jako nemocný až šílený a naopak, jak mu to na druhou stranu myslí. Schizofrenik mluví scestně, ale i normálně zároveň.⁷²

Za nejtěžší poruchu myšlení je považováno *myšlení inkonherentní*^{73 74}.

U *hebefrenní schizofrenie*⁷⁵ lze nalézt i tzv. filozofování. Dále se u schizofreniků může objevovat magické myšlení, tzn. že vylučují náhodu, vše spolu nějak souvisí i v situacích, kde souvislosti zaručeně nejsou. Psychiatři si většinou toto vysvětlí jako regresí z logického myšlení na myšlení předlogické. Dále se může objevovat *konkretismus*⁷⁶, známý zejména u dětí, opět se tedy jedná o návrat k dětskému myšlení. Někteří schizofrenikové přemýšlejí a mluví v abstraktech, neřeknou tedy nic

⁶⁷ Tzn. „Pokud nemocný halucinuje, není schopen přiměřené komunikace s okolím.“ ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 18.

⁶⁸ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 18.

⁶⁹ „Skládá se z řady jednotlivých komponent, které lze měřit. Narušena je zvláště: pozornost, paměť včetně pracovní paměti – schopnost uchovat informace „on line“ a použit je pro zpracování, exekutivní funkce – schopnost iniciovat, plánovat a řešit úkoly.“ ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 18.

⁷⁰ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 18.

⁷¹ FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie*, s. 1.

⁷² Srov. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 171.

⁷³ Inkoherece= „Nesouvislost, rozklad, roztržštěnost.“ KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*, s. 307.

⁷⁴ Srov. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 171.

⁷⁵ Konkrétní typ schizofrenie – více viz. kapitola 2.3 Diagnostika a typy schizofrenie.

⁷⁶ Př. „Jistý schizofrenní muž přišel domů z práce. Hned pocítil „chladnou atmosféru“ v rodině. Natáhl si tedy zimní svetr, přestože bylo léto a venku 30°C.“ VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 175.

konkrétního, spíše mlhavého a neurčitého. Vyjadřují se také v symbolech. Symboly mohou být odrazem jejich imaginárního světa.⁷⁷

„Intelekt u schizofrenie není postihován, ale pasivita a netečnost nemocného vyvolává dojem, že jde o zásah do paměťových a intelektových funkcí. Pokud se podaří tyto projevy prolomit, zjišťujeme, že paměťové a intelektové funkce jsou neporušeny.“⁷⁸

Patří sem i somatické příznaky, kdy se u rozvoje onemocnění schizofrenií objevují zejména poruchy spánku. Jiným projevem bývají bolesti hlavy a poruchy menstruace.⁷⁹

2.3 Diagnostika a typy schizofrenie

K diagnostice schizofrenie je zapotřebí zejména klinického vyšetření, kdy lékaři zkoumají poruchy myšlení, zejména zda se jedná o formální a obsahové poruchy (obsahují např. bludy). Dále zda je jednání neadekvátní situaci tzn. člověk je citově chladný nebo naopak až nadměrně veselý. Zda se v chování objevují bizarnosti (různé grimasy) nebo impulzivní chování. Někdy se může objevovat *agrese*⁸⁰ zaměřená proti sobě samému, tzn. jsou zde sebevražedné sklony.⁸¹

Lékař nesmí opomenout na objektivní anamnézu sociálního okolí nemocného. Tím jsou myšleni zejména rodinní příslušníci, kteří popisují nemocného jako citově chladného, také hovoří o změně povahy, ztrátě zálib, popř. že dotyčného přistihli hovořit „s hlasy“. V neposlední řadě je důležitá informace o genetické zátěži, tzn. zda někdy někdo v rodině netrpěl schizofrenií nebo jiným podobným onemocněním.⁸²

Dalším krokem k určení diagnózy je podstoupení psychologického vyšetření. Díky projekčním testům, zejm. Rorschachově protokolu, lze určit schizofrenní symptomy. I jiná vyšetření mohou napomoci diagnostice onemocnění nebo mohou alespoň vyloučit onemocnění podobná schizofrenii jako jsou např. psychotická porucha při drogové nebo alkoholové závislosti, organická onemocnění, aj.⁸³

⁷⁷ Srov. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 172.

⁷⁸ DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 222.

⁷⁹ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 222.

⁸⁰ „Agresi lze nejjednodušeji charakterizovat jako záměrné ubližování, způsobování negativních důsledků. ... Agrese je chování, které má za následek ublížení, poškození, nebo k němu vede, směřuje.“ VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. [Eds.] *Sociální psychologie*, s. 267.

⁸¹ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 85.

⁸² Tamtéž, s. 85.

⁸³ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 85.

Při určení diagnózy hraje důležitou roli lékař, protože on rozhodne o tom, jaká vyšetření pacient podstoupí. Nejprve je však nutné stanovit léčebný plán, v němž nesmí chybět psychologické vyšetření.⁸⁴

Nemoci třídíme dle *Mezinárodní klasifikace nemocí*⁸⁵, která slouží k přesné diagnostice nemocí. Díky této diagnostice může lékař ovlivnit průběh onemocnění, určit vhodnou léčbu a prognózu nemocí.⁸⁶

„Na základě převažující psychopatologie se schizofrenní poruchy dělí na několik klinických forem:

- **F20.0 Paranoidní schizofrenie** – charakterizována převážně bludy,
- **F20.1 Hebefrenní schizofrenie** – nejčastěji svými projevy karikuje pubertální období,
- **F20.2 Katatonní schizofrenie** – v popředí jsou poruchy hybnosti,
- **F 20.3 Nediferencovaná schizofrenie** – nemívá obvykle vyhraněnou podobu,
- **F 20.5 Reziduální schizofrenie** – chronický stav po ústupu akutních příznaků,
- **F 20.6 Simplexní schizofrenie** – změny chování, vyplývající z postupného stažení se do sebe,
- **F 20.4** je vyčleněna pro **postpsychotickou depresi** (totéž uvádí i ČEŠKOVÁ 2007: 20.).⁸⁷

RABOCH a PAVLOVSKÝ ve své knize *Psychiatrie* navíc uvádějí **F 20.8**, označená jako **jiná schizofrenie**. Do ní lze zařadit Hubertovu schizofrenii, která je charakterizována hypochondrickými stesky. Pacient je tak obvykle vyšetřován s negativním somatickým a laboratorním nálezem. Schizofrenní podstata je zřejmá až s výskytem některých schizofrenních příznaků.⁸⁸

2.3.1 Paranoidní schizofrenie

Podle MKN 10 je paranoidní schizofrenie považována za nejčastější typ schizofrenie. (totéž i Srov. ČEŠKOVÁ 2007: 20; Srov. RABOCH, PAVLOVSKÝ 2003: 82; Srov. SVOBODA (ed.), ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ 2006: 185 a také Srov.

⁸⁴ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 13.

⁸⁵ „V současné době jsou platné dvě velké klasifikace duševních poruch – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) a Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání (DSM IV). Tyto nozologické klasifikace vypracované Světovou zdravotnickou organizací (SZO) a Americkou psychiatrickou asociací (APA) jsou založeny na přesně popsaných kritériích.“ ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 19.

⁸⁶ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 19.

⁸⁷ SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 185.

⁸⁸ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 84.

DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ 2010: 224). Převládají zde paranoidní bludy, doprovázené sluchovými halucinacemi a jinými poruchami vnímání.⁸⁹

MKN 10 uvádí za nejběžnější příznaky:

- a) „bludy persekucní, vztahovačnosti, originální, mesiášského poslání, transformace vlastního těla nebo žárlivosti,
- b) halucinatorní hlasy, které pacientovi hrozí nebo mu dávají rozkazy, nebo elementární sluchové halucinace jako pískání, bzučení, smích,
- c) čichové nebo chuťové halucinace, sexuální či jiné tělové pocity, mohou se objevit i zrakové halucinace, avšak zřídka převládají.“⁹⁰

Paranoidní schizofrenie může probíhat v epizodách, může se částečně nebo v plném rozsahu opakovat, popř. může mít tendenci ke chronicitě. V druhém případě je těžké odlišit jednotlivé ataky (totéž uvádí i Srov. DUŠEK, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ 2010: 224).⁹¹

„Efektivita bývá pod vlivem psychotických prožitků podrážděná, v chování se může objevit agresivita zaměřená proti domnělým nepřítelům. Časté jsou intrapsychické halucinace v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, příp. o tom, že jsou subjektu jeho myšlenky odnímány a zveřejňovány, nebo naopak jsou mu cizí myšlenky vkládány.“⁹²

2.3.2 Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenii poprvé odlišil německý psychiatr Ludwig Kahlbaum (1870), se svým žákem Heckerem, jako poruchu puberty a adolescence. Mělo se jednat o duševní poruchu, která se objevuje zejména v době dospívání. Zřejmé je zvýrazněné pubertální chování.⁹³

Tato nemoc je charakteristická neodpovědným a nepředvídatelným chováním a emocemi. Bludy a halucinace nejsou dominantními jevy (taktéž i Srov. ČEŠKOVÁ 2007: 20).⁹⁴

Nemoc se obvykle rozvíjí pozvolna, jen v málo případech jde o rozvoj náhlý. Hlavními projevy je hypomanická nálada, spojená s nejapným vtipkováním (moria

⁸⁹ Srov. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 73.

⁹⁰ ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 73.

⁹¹ Srov. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 74.

⁹² RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 82.

⁹³ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 225.

⁹⁴ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 185.

z řeckého mória – hloupost, pošetilost, bláznivost), tzv. „jalové“ hloubání o problémech a „klackovité“ chování. Nemoc je poté charakteristická citovým oploštěním.⁹⁵

Dalšími příznaky může být výrazné narušení myšlení, chování se stává bezcílné a bezúčelné, tím že se pacient vzdá veškerých svých cílů. Zabývá se pouze filozofickými, náboženskými či abstraktními tématy, což lze sledovat ve vyřčených myšlenkách.⁹⁶

U nemocného je nálada často nepřiměřená dané situaci. Může se vyskytovat nadnesené chování, opakované fráze, grimasování či hypochondrické stížnosti, aj. (podobné informace uvádí i Srov. RABOCH, PAVLOVSKÝ 2003: 83).⁹⁷

2.3.3 Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenii poprvé podrobně popsal Kahlbaum (1874).⁹⁸

Tento velmi vzácný typ schizofrenie se projevuje zejména poruchami chování. Existují dvě formy, produktivní a neproduktivní. Při formě produktivní se objevují např. impulzivní činy, neobvyklé pohyby, vzrušenost, stereotypie v motorickém i verbálním projevu. Při neproduktivní formě je přítomen negativismus a stupor. Při těžkých stavech vzrušenosti se vyskytuje vysoká tělesná teplota, která může v důsledku vést až ke smrti (podobně charakterizuje katatonní schizofrenii i Srov. ČEŠKOVÁ 2007: 20 a Srov. SVOBODA (ed.), ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ 2006: 185).⁹⁹

Průběh bývá obvykle akutní, jen zřídka se projevuje protahovaný začátek. Z hlediska prognózy je tento typ schizofrenie nejpříznivější.¹⁰⁰

2.3.4 Nediferencovaná schizofrenie

Nediferencovaná schizofrenie je druh schizofrenie, do které lze řadit stavy, které jsou diagnosticky totožné se schizofrenií, ale neodpovídají žádné z podskupin. Do této skupiny řadíme i atypickou schizofrenii (taktéž i Srov. SVOBODA (ed.), ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ 2006: 186; také Srov. RABOCH, PAVLOVSKÝ 2003: 84).¹⁰¹

⁹⁵ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 225.

⁹⁶ Srov. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 75.

⁹⁷ Tamtéž, s. 74.

⁹⁸ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 226.

⁹⁹ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 83.

¹⁰⁰ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 226.

¹⁰¹ Srov. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 77.

2.3.5 Reziduální schizofrenie

„Prezentuje chronický stav přetrvávající po odeznění a dezaktualizaci akutních příznaků schizofrenní ataky. Projevuje se podivínstvím, zanedbáním sebe i okolí (stejnou definici uvádí ČEŠKOVÁ 2007: 21).“¹⁰²

Průběh tohoto typu schizofrenie je chronický, kdy po vymizení pozitivních příznaků, přetrvávají zejména negativní příznaky.¹⁰³

U tohoto druhu je specifické, že většinou je jasný postup již při začátku onemocnění, zahrnuje obvykle jednu, ale i více psychotických atak, kdy poté přetrvávají zejména negativní příznaky, jak již bylo řečeno výše.¹⁰⁴

2.3.6 Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie je nejčastěji charakterizována časným a plíživým vznikem, sociální izolací, spíše pasivitou a velkou závislostí na okolí. Nemocní jsou apatičtí, mají nedostatek vlastní iniciativy, avšak netrpí ani bludy ani halucinacemi. Specifické jsou zejména poruchy myšlení. Průběh nemoci je spíše chronický.¹⁰⁵

SVOBODA (ed.), ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ uvádějí, že: „Simplexní forma je charakterizována postupným stažením, redukcí volní složky, oploštěním emotivity.“¹⁰⁶

RABOCH, PAVLOVSKÝ navíc uvádějí, že se při tomto druhu schizofrenie prohlubuje zejména artismus, emoční otupělost a abulie. Nemocný se většinu dne povaluje a straní se společnosti.¹⁰⁷

„MKN 10 ji pokládá za vzácně se vyskytující psychózu, u níž se plíživě, ale progresivně rozvíjí bizarní chování, neschopnost vypořádat se se sociálními požadavky a pokles celkové výkonnosti. ... Stav není tak zřejmě psychotický jako u hebefrenní, katatonní a paranoidní formy schizofrenie.“¹⁰⁸

V klasifikaci DSM-IV se simplexní schizofrenie nevyskytuje. V případě výskytu onemocnění se stejnými příznaky je diagnostikována schizotypální porucha osobnosti.¹⁰⁹

¹⁰² SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 186.

¹⁰³ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 84.

¹⁰⁴ Srov. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 78.

¹⁰⁵ Tamtéž, s. 76.

¹⁰⁶ SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 186.

¹⁰⁷ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 84.

¹⁰⁸ ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 77.

¹⁰⁹ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 186.

2.4 Průběh a prognóza schizofrenie

První příznaky schizofrenie mohou být zřejmé již v dospívání a ranné dospělosti. Nemoc se však většinou nerozvine náhle a nečekaně.¹¹⁰

„První manifestaci psychotických projevů předchází různě dlouhé *prodromální období*¹¹¹, kdy se mohou objevit prodromální příznaky zahrnující zvláštní chování, pocity, myšlenky, ochuzení řeči a myšlení, vztahovačnost (neutrálním věcem je přičítán speciální význam, změny ve vnímání, pocity cizosti). Kromě toho může být přítomna řada nespécifických příznaků (nеспavost, úzkost, podrážděnost).“¹¹²

Toto období může trvat různě dlouho od několika měsíců po roky. Během této doby se rozvíjejí příznaky onemocnění, kdy se nemocný začíná více uzavírat sám do sebe, přerušuje vztahy se sociálním okolím a i rodina nemocného si postupně může uvědomit, že mají doma „někoho jiného“.¹¹³

„Co se týče průběhu schizofrenie, platí zde tzv. třetinové pravidlo. U jedné třetiny pacientů toto onemocnění po 1-3 psychotických krizích zcela ustoupí a tito lidé žijí pak nadále bez jakýkoliv psychiatrických problémů. U druhé třetiny se nemoc občas vrací, což má následný vliv na fungování těchto lidí v jejich různých životních rolích (osobní, sociální, pracovní atd.). I přes takovýto dopad tohoto onemocnění mohou tito lidé žít relativně spokojeně a nezávisle. U poslední třetiny nemocných neustupují příznaky nemoci ani po delším léčení a pacient zůstává dlouhodobě uzavřen ve svém psychotickém světě. Tito lidé pak zůstávají více či méně odkázáni na pomoc druhých, ať již v rodině nebo v některém typu azylových zařízení (o pravidle třetin se zmiňuje i Srov. FOITOVÁ rok neuveden: 7; dále také Srov. DOUBEK, PRAŠKO, HERMAN 2008: 13; ale i Srov. ČEŠKOVÁ 2007: 21).“¹¹⁴

ČEŠKOVÁ k tomu dodává, že zhruba 22% nemocných prodělá pouze jednu epizodu bez dalšího postižení. 35% nemocných prodělá několik epizod bez dalšího postižení či jen s minimálním postižením. Dalších 8% nemocných prodělá více epizod

¹¹⁰ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 13.

¹¹¹ „Myslí se jím období mezi premorbidní osobností a iniciálním stádiem rozvoje psychické poruchy. Vzhledem k velmi variabilnímu rozvoji schizofrenního onemocnění se odlišuje i charakter tohoto období. Přejít mezi premorbidní osobností a vlastní psychickou poruchou může být velmi rychlý, takže prodromální projevy téměř nezastihneme. Na druhé straně se toto období může rozvíjet velmi pozvolna, dlouhodobě a plíživě a postupně přechází do vlastní psychotické poruchy.“

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 223.

¹¹² ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 21.

¹¹³ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 13.

¹¹⁴ JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 13.

bez návratu k normě a zbylých 35% nemocných prodělá mnoho epizod, které se stále zhoršují a již se nenavrátní k normě.¹¹⁵

„Schizofrenie je tzv. epizodické onemocnění. To znamená, že asi u 60% se mohou vracet relapsy. Nejdůležitější období je prvních 9 až 12 měsíců po ústupu nemoci. Pacient sám i jeho rodina však mohou ve spolupráci s odborníky udělat mnoho proto, aby k nové epizodě nedošlo, nebo aby měla příznivější průběh. Je nutné si uvědomit, že tyto epizody psychózy většinou nevznikají náhodně, zpravidla bývají vyprovokovány dalším nadměrným stresem. Je prokázáno, že čím častěji dochází k těmto návratům psychózy, tím horší je prognóza schizofrenie. Proto je velmi smysluplné se naučit tyto relapsy psychózy rozpoznávat, umět je včas zastavit a tím jim předcházet.“¹¹⁶

Toto onemocnění znamená pro nemocného, ale i jeho okolí velkou zátěž. Změny v životě jsou tak velké, že může ztratit mnoho přátel, možnost studia, zaměstnání, aj. Lze říci, že se nemoc projeví ve všech oblastech života nemocného.¹¹⁷

Po odeznění nemoci je jedinec velmi citlivý na jakékoliv podněty. Neví jak znovu začít, nemá dobré představy o své budoucnosti. Mohou se objevovat komplexy méněcennosti a strach žít s nálepkou, že byl nebo stále je „duševně nemocný“. Je méně odolný, jak vůči fyzické, tak i psychické zátěži. S tím souvisí bilancování se svým životem a úvahami o sebevraždě.¹¹⁸

„Přibližně 10% nemocných se schizofrenií končí svůj život sebevraždou.“¹¹⁹

Faktory, které mohou příznivě ovlivnit prognózu schizofrenie, jsou například: ženské pohlaví, stabilní partnerský vztah, začátek onemocnění, začátek v pozdějším věku než v dětském, dobré sociální fungování, převaha pozitivních příznaků nad těmi negativními, aj.¹²⁰

Naopak faktory, které mohou nepříznivě ovlivnit prognózu schizofrenie, jsou: mužské pohlaví, nenápadný začátek onemocnění bez spouštěcích faktorů, život bez partnera nebo v nefunkční rodině, špatné sociální fungování, nízký věk v začátku onemocnění, schizofrenie v rodinné anamnéze, převaha negativních příznaků, abúzus drog, aj.¹²¹

¹¹⁵ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 22.

¹¹⁶ JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 14.

¹¹⁷ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 14.

¹¹⁸ Tamtéž, s. 14.

¹¹⁹ DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 14.

¹²⁰ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 22.

¹²¹ Tamtéž, s. 22.

Je dokázáno, že pokud propukne schizofrenie před 10 rokem života, je prognóza velmi špatná. Hlavní úlohu při prognóze hraje rodina. To znamená, že pokud má nemocný dobré rodinné zázemí, před vypuknutím choroby, je jeho prognóza dobrá.¹²²

„Je také známo, že nemocní s psychickými chorobami, častěji než psychicky zdraví lidé umírají na somatická onemocnění. Nemocní se schizofrenní poruchou mají o 50% vyšší riziko smrti na tělesná onemocnění a o 20% kratší délku života.“¹²³

VACEK vše uzavírá tvrzením, že: „Předpovědi, jak nemocný nakonec dopadne, nevyjdou někdy ani nejzkušenějšímu psychiatrovi.“¹²⁴

2.4.1 Partnerství a sexualita

Faktory, které mohou člověku s postižením komplikovat zejména partnerský život, jsou zdravotní stav, pohled společnosti a sociální klima. Člověk s postižením často díky těmto faktorům nemůže nabýt respektující láskyplný vztah.¹²⁵

Zdravotní stav se značně promítá do možností najít si vhodného partnera. S tím souvisí i psychický stav, který může vést ke specifickým osobnostním rysům a obranným mechanismům (př. pocity méněcennosti, narušená adaptační schopnost, aj.), které také podstatně ztěžují navázání a udržení partnerského vztahu.¹²⁶

„Rodiny, které žijí plným citovým životem, v nichž má své místo realistický optimismus a i přiměřená sexuální výchova, jsou pozitivním zdrojem motivace i adekvátních životních postojů jedince s postižením, a jsou tedy předpokladem jeho úspěšnosti v životě a v partnerském soužití.“¹²⁷

NOVOSAD tvrdí, že sexualita občanů se zdravotním postižením je pod neustálým pohledem a hodnocením většinové společnosti. A proto je nutné začít zbavovat se bariér, ztěžujících partnerský a sexuální život handicapovaných lidí. Jsou to bariéry zejména vnější (sociální, komunikační, architektonické, aj.), které ztěžují výběr partnera či partnerky, ale také ty vnitřní, čímž jsou myšleny zejména předsudky většinové společnosti.¹²⁸

„Mnozí stále cítí sexualitu zdravotně handicapovaných jako něco amorálního, nenormálního, zruďného či nepřirozeného. Musíme si uvědomit, že opak je pravdou.

¹²² Srov. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*, s. 109.

¹²³ ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 23.

¹²⁴ VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 190.

¹²⁵ Srov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 55.

¹²⁶ Tamtéž, s. 56.

¹²⁷ NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 56.

¹²⁸ Srov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 56.

Potřeba naplnit svoji tělesnou i citovou touhu a tuto rozkoš, tyto příjemné a povznášející pocity sdílet s blízkým člověkem nesmí být nikomu odepřena. I člověk jakkoli handicapovaný je jedinečná bytost, má nadání, po něčem touží, o něco usiluje. Umí se smát, být smutný i milovat a svým bytím obohacovat život těch, kdo jej obklopují.¹²⁹

Dále dle NOVOSADA je nejvíce diskutovanou otázkou sexuálně partnerský vztah handicapovaného se zdravým jedincem. „Je-li tento vztah založen na vzájemné úctě a důvěrném, rovnoprávném (a dobrovolném) sblížení dvou zralých, svéprávných lidí, nelze takový vztah považovat za amorální či patologický.“¹³⁰

Zvládnutý vztah k vlastní sexualitě, umožňuje neukvapovat se v závěrech ohledně sexuality u lidí se zdravotním postižením. Tím tedy NOVOSAD obhájuje, že sexualita je u každého (zdravého či nemocného jedince) nutná, opodstatněná a nikoliv tedy nenormální.¹³¹

2.4.2 Možnosti léčby schizofrenie

„Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které lze léčit (taktéž uvádí i VÁGNEROVÁ 2004: 365)!“¹³²

Část veřejnosti si však stále představuje špatnou léčitelnost psychóz. Medikace byla v tomto oboru velkým přínosem, může ovlivnit jak průběh, tak prognózu onemocnění. Nemocný však musí chtít a spolupracovat s lékařem a užívat pravidelně léky. Dalšími důležitými faktory pro léčbu je vliv rodinného a pracovního prostředí, ale také životní události, které ho v životě potkají.¹³³

V knize *Psychopatologie a psychiatrie* jsou uvedeny dvě možnosti léčby, a to léčba farmakologická a nefarmakologická. U farmakologické autorka uvádí, že léčba jako taková vyžaduje komplexní přístup. Kromě farmakoterapie je při léčbě nezbytná i psychosociální intervence a pomoc v oblastech bydlení, osobních vztahů...atd. Celkovým cílem je snížit závažnost a množství opakovaných epizod a docílit zlepšení života nemocného jedince. To však, ale znamená komplexní a kontinuální péči po celý život. Schizofrenie je nemoc, která prochází různými fázemi, a odborníci se tedy musí

¹²⁹ NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 56.

¹³⁰ Tamtéž, s. 57.

¹³¹ Srov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 58.

¹³² DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 23.

¹³³ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 23.

v každé fázi zaměřit na něco jiného. Ve všech fázích léčby jsou však nutná farmaka, a ta by měla být doplňována psychosociální intervencí.¹³⁴

Díky farmakoterapii a psychoterapii lze přizpůsobovat či ovlivňovat patologické poruchy chování, zlepšovat komunikaci a vývoj nemocného jedince a zejména zmírňovat symptomy duševní nemoci.¹³⁵

„Je prokázáno, že dlouhodobá léčba snižuje výskyt relapsů. U nemocných, kteří léčbu vysadí, je relaps třikrát častější (20% versus 60 - 70%). Přes tato doporučení je vysoké procento nemocných, kteří medikaci vysadí. Část nemocných relapsuje i při udržovací medikaci (ročně 20 - 30%). ... Pokud není vyvinuta iniciativa ze strany rodiny, jsou tito nemocní vystaveni veškerému riziku, které vyplývá z vysazení léčby.“¹³⁶

Aby nemocný podstoupil dlouhodobou léčbu, musí být pro něho léčba přijatelná, účinná a bezpečná. Neměla by mít vedlejší účinky, které by pro něho byly nepřijatelné nebo ho nějakým způsobem zatěžovaly.¹³⁷

ČEŠKOVÁ souhrnně uvádí, že v obecně léčebné strategii je nutné nejprve vhodně zvolit antipsychotika, poté optimalizovat farmakologické a psychosociální intervence, dále se zaměřit na vedlejší účinky – popř. upravit dávky léků, poskytnout organismu možnou adaptaci na léky (4 - 6 týdnů), při neústupu vedlejších účinků zvážit možnost změny léků/léčby.¹³⁸

U nefarmakologické léčby KUČEROVÁ uvádí: „Péče o schizofrenní pacienty by měla integrovat biologický a psychologický přístup. Jednou z cest k ovlivnění kognitivního deficitu se ukazuje léčba moderními AP [antipsychotiky], počet studií prokazujících jejich účinnost zejména na sociální schopnosti pacientů je zatím stále nedostačující.“¹³⁹

Autorka zde dále uvádí, že při výzkumu, kdy byly dotazovány rodiny schizofreniků „*Které důsledky onemocnění svých příbuzných vnímají jako nejvíce zatěžující?*“, byla nejvíce uváděna ztráta přátel, koníčků a nedostatek zájmu o okolí. Proto zdůrazňuje

¹³⁴ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 195.

¹³⁵ Srov. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*, s. 115.

¹³⁶ SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 196.

¹³⁷ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 197.

¹³⁸ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 81.

¹³⁹ SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 200.

důležitost rehabilitace a psychoterapie kognitivního deficitu a nácvik sociálních dovedností.¹⁴⁰

U lidí se schizofrenií bývají ve většině případů interpersonální a sociální dovednosti nedostatečné pro běžné fungování ve společnosti.¹⁴¹

3. Psychiatrie

Medicínský obor psychiatrie vznikl během minulého století. Psychiatrii se donedávna říkalo „psychiatrie za zdí“ či „blázinec“. Pouze zde se člověk mohl setkat s psychiatrem až do druhé světové války. Psychiatrie byla izolována od ostatních medicínských oborů a veškeré informace byly tabu. Nemocný byl poslán do „blázince“, které se stavěly na mnoha místech.¹⁴²

Což dále uvádí VACEK: „Největší ústavy se nacházely blízko velkých měst (Bohnice u Prahy, Dobřany u Plzně atd.). Zavírali se do nich „blázní“ a osoby sociálně obtížné, aby nerušili spořádané občany. Protože léčení neexistovalo, šlo vlastně jen o trošičku lepší vězení. Každý zločinec věděl, kdy ho pustí z lapáku, zato duševně chorý čekal na blahovolné dobrozdání psychiatrů a souhlas soudu. Neměl-li příbuzné anebo o něj z příbuzných nikdo nestál, mohl setrvat v ústavu i do smrti. Personál v „blázincích“ zpravidla odborné vzdělání neměl.“¹⁴³

Psychiatrie je stále nucena definovat většinu poruch pouze na základě symptomů a syndromů. Tento obor je stále odsouván na okraj, z důvodu nepřístupnosti k experimentování s lidským mozkiem.¹⁴⁴

Člověk je jednota biopsychosociální. Na všech lidských poruchách se tedy podílí faktory biologické, psychické a sociální. Zatím však není prokázáno jakou měrou. Musí se vždy však počítat také s individuální stránkou každého jedince, tím je myšlena např. jeho genetická zátěž, výchova, prostředí, atd.¹⁴⁵

Vzhledem k biopsychosociální jednotě člověka je nutné při práci s lidmi s duševním onemocněním pracovat mezioborově. To znamená, že je nutná spolupráce mnoha oborů. Proto by v týmech, kde se pracuje s lidmi s duševním onemocněním, měli být

¹⁴⁰ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 200.

¹⁴¹ Tamtéž, s. 200.

¹⁴² Srov. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 221.

¹⁴³ VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 221.

¹⁴⁴ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 35.

¹⁴⁵ Tamtéž, s. 35.

zástupci z jednotlivých oborů, kteří budou mít alespoň částečné znalosti z oborů příbuzných.¹⁴⁶

„Psychiatrie je setkání nejméně tří lidí: psychicky nemocného, jeho příbuzného a psychiatricky činného odborníka.“¹⁴⁷

S duševním onemocněním je často spojován výrok či motto některých organizací [př. FOKUS] či název knihy od kolektivu autorů DÖRNER, PLOG „*Bláznit je lidské*“: „Má nám připomínat, že psychiatrie je místem, kde je člověk obzvláště lidský; tzn. kde se rozporuplnost člověka nedá jen tak zrušit. Při práci s psychiatrickými pacienty je nutné prožívat napětí mezi nelidským a nadlidským, banálním a jedinečným, povrchností a propastností, nemocí a zlem, pláčem a smíchem, životem a smrtí, bolestí a štěstím, skrýváním a odhalováním, zblouděním a nalezením se.“¹⁴⁸

Psychiatrická hospitalizace je nutná zejména na začátku onemocnění při první epizodě schizofrenie, kdy je nutné pečlivé diagnostické ohodnocení a pečlivá diferenciální diagnóza. Dále určení vhodné medikace, důkladné pozorování pacienta a psychosociální péče. Hospitalizace je také například nutná, když je pacient nebezpečný sám sobě nebo svému okolí nebo při jiném *problémovém chování*¹⁴⁹.¹⁵⁰

„Psychiatrická rehabilitace je neoddělitelnou součástí moderní komplexní péče o pacienty s duševními poruchami.“¹⁵¹

Psychiatrická rehabilitace se skládá zejména z rehabilitace léčebné, pracovní, sociální a pedagogické. Používají se zde proto metody sociální, sociologické, psychologické a pedagogické, uplatňované zejména v rodině, pracovišti, škole, a v jiných zařízeních.¹⁵²

V psychiatrii má dále své nezastupitelné místo klinická psychologie a to v oblasti diagnostiky a psychoterapie. Léčba musí být vždy komplexní, je to týmová práce, kde hlavní zodpovědnost má lékař. Lékař se při nutnosti psychoterapie obrací

¹⁴⁶ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 69.

¹⁴⁷ DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 8.

¹⁴⁸ Tamtéž, s. 6.

¹⁴⁹ JÚN uvádí 3 definice problémového chování: 1. „Problémové chování je takové chování, které se svou intenzitou, frekvencí nebo dobou trvání natolik odlišuje od běžné společenské normy, že může vážně ohrozit fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých.“ ... 2. „Problémové chování je jakékoli chování, které personál vyhodnocuje jako problémové.“ ... 3. „Problémové chování je takové chování, které není normální“. JÚN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*, s. 16.

¹⁵⁰ Srov. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 83.

¹⁵¹ DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 582.

¹⁵² Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 583.

na psychologa, který má příslušnou erudici. Každý člen musí být morálně zodpovědný ke svým kompetencím. Jsou povinni se vzájemně respektovat a spolupracovat.¹⁵³

3.1 Psychiatrické terapie

3.1.1 Biologická léčba

K nejčastější formě biologické léčby patří psychofarmakoterapie. Tedy léčení pomocí léků, které ovlivňují psychické funkce. Psychiatrická revoluce farmakoterapie nastala v šedesátých letech 20. století, zejména proto, že *psychofarmaka*¹⁵⁴ byla velkým přínosem pro léčbu a vedla k tomu, že díky nim se svou atmosférou psychiatrická oddělení přiblížila jiným oddělením. Snížila tedy počet hospitalizovaných a umožnila některým z nich návrat do běžného života.¹⁵⁵

Psychofarmaka lze dělit dle aspektů na: *anxiolytika*¹⁵⁶, *hypnotika*¹⁵⁷, *psychostimulancia*¹⁵⁸, *neuroprotektiva*¹⁵⁹, *antidepresiva*¹⁶⁰, *tymoprofylaktika*¹⁶¹ a antipsychotika a jiné.¹⁶²

3.1.1.1 Antipsychotika¹⁶³

„Na počátku vývoje antipsychotik stálo náhodné pozorování, které dalo psychiatrii do rukou první účinný lék na nejtěžší psychické onemocnění – schizofrenii. Byl to chlorpromazin, který byl úspěšně vyzkoušen u neklidných psychicky nemocných a uveden do klinické praxe v roce 1952 a který je užíván dodnes. Antipsychotika jsou základem léčby u schizofrenní poruchy.“¹⁶⁴

¹⁵³ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s.13.

¹⁵⁴ „Psychofarmakon je každé léčivo, jehož hlavním očekávaným účinkem je změna psychického stavu. ... Termín „psychotropní léčivo“ je synonymem termínu „psychofarmaka“.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 385.

¹⁵⁵ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 57.

¹⁵⁶ „Anxiolytika jsou látky, které potlačují úzkost.“

SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 58.

¹⁵⁷ „Hypnotika jsou psychotropní látky navozující spánek, ... Prodlužují spánek, urychlují usnutí, snižují počet nočních probuzení.“ Tamtéž, s. 60.

¹⁵⁸ „Psychostimulancia jsou psychotropní látky zvyšující či upravující vigilitu [bdělost] vědomí.“ Tamtéž, s. 61.

¹⁵⁹ „Neuroprotektiva jsou psychotropní látky, které chrání neurony před poškozením, dále zvyšují metabolismus a krevní průtok mozkem. Pozitivně ovlivňují kognitivní funkce, včetně paměti a učení.“ Tamtéž, s. 62.

¹⁶⁰ „Antidepresiva (AD) jsou léky působící na patologicky pokleslou náladu a další příznaky depresivního syndromu.“ Tamtéž, s. 63.

¹⁶¹ „Jedná se o psychofarmaka, která snižují frekvenci a intenzitu manických, depresivních a smíšených epizod afektivních poruch. Do této skupiny řadíme lithium a některá antiepileptika.“ Tamtéž, s. 68.

¹⁶² Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 58.

¹⁶³ Antipsychotika dříve také označovaná jako neuroleptika. Tamtéž, s. 69.

¹⁶⁴ SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 69.

Antipsychotika jsou léky, které blokují dopaminové receptory před psychotickými schizofrenními příznaky, zejména halucinacemi a bludy. Dříve se antipsychotika nazývala neuroleptika, zejména pro dnes přičítané pro *extrapyramidové vedlejší účinky*^{165 166}.

Antipsychotika se dále vyvíjela a proto dnes dělíme antipsychotika na „starší“¹⁶⁷ neboli také antipsychotika I. generace, klasická, typická či konvenční a na „nová“¹⁶⁸ neboli antipsychotika II. generace či atypická.¹⁶⁹

Bylo prokázáno, že antipsychotika u 70% schizofreniků vedou k ústupu psychotických příznaků.¹⁷⁰

Mohou mít však mnoho dalších negativních příznaků, jako například slinění, snížení sexuální schopnosti, pocení, poruchy paměti, kardiovaskulární problémy aj. (totéž uvádí i Srov. RABOCH, PAVLOVSKÝ 2003: 89; také Srov. SVOBODA (ed.), ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ 2006: 70).¹⁷¹

Více preferovaná jsou antipsychotika II. generace, z nichž některá [risperidon, amisulprid, ziprasidon] nemají nežádoucí příznaky, které nijak význačně neovlivňují kardiovaskulární aparát a paměťové funkce a působí minimální extrapyramidový syndrom. Jsou tedy šetrnější. A dále bylo také prokázáno, že antipsychotika II. generace pozitivně ovlivňují kognitivní dysfunkci u schizofrenní poruchy.¹⁷²

¹⁶⁵ „Tzv. extrapyramidový syndrom, kterému se také říká parkinsonoid, protože připomíná parkinsonovu chorobu. Uvedený syndrom spočívá ve zvýšeném svalovém napětí, které vede k tomu, že nemocní jsou v mírném předklonu, chodí malými šouravými krůčky, chybí souhyby paží, obličej má maskovitý výraz, může se objevit slinění. Tyto potíže, pokud jsou výrazné, jsou zřejmě na první pohled a postiženého handicapují.“ SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 70.

¹⁶⁶ Srov. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 440.

¹⁶⁷ „V rozvoji a současně i v léčbě schizofrenie hrají nejdůležitější roli neurotransmitery nazývané dopamin a serotonin. K nim příslušné receptory se nazývají dopaminové a serotoninové. U nemocných trpících schizofrenií se vyskytuje zvýšená aktivita dopaminového systému. V minulosti byli pacienti léčeni léky, které blokovaly dopaminové receptory, a tím zabraňovaly dopaminovému přenosu a snižovaly aktivitu dopaminu v mozku. Ovlivnění dopaminového systému působí především na pozitivní příznaky schizofrenie – halucinace, bludy, zvýšenou tělesnou aktivitu. Léky, které takto ovlivňují dopaminový systém, se nazývají klasická antipsychotika – typická antipsychotika nebo psychotika 1. generace.“ DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 24.

¹⁶⁸ „V současné době také víme, že v rozvoji schizofrenie má svoji významnou roli nerovnováha mezi dopaminovým a serotoninovým systémem, proto byl i vývoj nových antipsychotik zaměřen tímto směrem. Léky, které ovlivňují oba tyto systémy se nazývají atypická antipsychotika – antipsychotika 2. generace. Atypická antipsychotika ovlivněním dopaminových i serotoninových receptorů působí léčebně, jak na pozitivní příznaky, tak na negativní příznaky a do určité míry ovlivňují i náladu nemocných s psychózou.“ Tamtéž, s. 25.

¹⁶⁹ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 69.

¹⁷⁰ Tamtéž, s. 69.

¹⁷¹ DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 448.

¹⁷² Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 71.

Psychiatr neposuzuje pouze psychické příznaky, ale zejména také tělesný stav nemocného.¹⁷³

Proto je vhodné volbu antipsychotik provádět vždy s nemocným a jeho příbuznými. Musí jim být dále poskytnuta *psychoedukace*¹⁷⁴ o nemoci, průběhu a možné léčbě. Důraz je důležité klást zejména na kvalitu života nemocného a resocializaci nemocného do společnosti.¹⁷⁵

3.1.2 Psychoterapie¹⁷⁶

Psychoterapie může být buď individuální, skupinová či rodinná. Probíhá většinou formou rozhovoru. Terapeut vyjasňuje smysl psychotických prožitků, souvislosti mezi životem a nemocí a také umožňuje porozumění vztahovým neshodám v rodině. Tyto rozhovory vylepšují komunikaci mezi nemocným a jeho blízkými. Odstraňují se bariéry a také umožňují předcházet novému onemocnění a hledají se tím cesty, jak žít kvalitní život s touto nemocí.¹⁷⁷

Nemocný se může cítit nejistě, bývá znepokojen, může mít strach a velké úzkosti. Má pocit odcizení od druhých lidí a nedokáže s nimi mluvit. To vše „psychózy“ přináší.¹⁷⁸

Při psychoterapii se nemocný může zcela vyjádřit a říci, co ho trápí. Nemusí se bát, protože je zde jakýsi „ochraňující prostor“. Psychoterapie je důležitá, jak v počátku onemocnění, tak po odeznění akutních příznaků.¹⁷⁹

„Cílem psychoterapie je, aby se nemocný mohl opět cítit sám sebou a rozumět si a zároveň našel správný vztah k druhým lidem a k jednání s nimi. Těžištěm psychoterapeutické léčby je období po odeznění akutních příznaků psychózy. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti, které jsou vždy přítomné. ... Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi a chováním.“¹⁸⁰

¹⁷³ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 71.

¹⁷⁴ Psychoedukace je dostatek informací o nemoci pro nemocného, ale i pro jeho blízké. Psychoedukace je nutná, aby léčba byla úspěšná, a je také důležitá při prevenci relapsu psychózy. Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 34.

¹⁷⁵ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 197.

¹⁷⁶ „Léčení psychologickými prostředky, které provádí speciálně vyškolený terapeut. Půdou, na níž pracovník pracuje, je terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem, případně mezi více klienty a terapeuty. Má řadu směrů, které se liší v definici cíle.“ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 165.

¹⁷⁷ Srov. FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie*, s. 8.

¹⁷⁸ Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 29.

¹⁷⁹ Tamtéž, s. 29.

¹⁸⁰ DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 29.

U psychotického onemocnění bývá problém se základní důvěrou, závislostí a blízkostí. Nemocný na jedné straně někoho potřebuje a na straně druhé není schopný unést ztrátu. Pracovník tedy musí počítat s tím, že jeho pacient může být velmi emočně nestálým člověkem.¹⁸¹

MENTZOS ve své knize upozorňuje také na reakci pacienta při odmítnutí a frustraci. Pokud je tedy schizofrenní pacient terapeutem odmítnut, projeví se to tím, že pacient se uzavře do sebe a může být k terapeutovi až lhostejný. Dále se mohou objevit perzekuční bludy, které projikují agresi, také akustické halucinace, tedy hlasy a ty mohou být jak milé, tak zlé, kritizující či komentující.¹⁸²

Pokud se schizofrenní onemocnění projeví již u dětí, je z hlediska pedopsychiatrie dobré, poskytnout dítěti individuální přístup na té vývojové úrovni, na které se dítě nachází. Bez ohledu na věk. Děti s psychózou by měli být v případě hospitalizace v terapeutickém prostředí, izolováni od rodin. Tím se zlepšuje jejich sociální, emoční a intelektuální vývoj.¹⁸³

Na psychiatrických odděleních se uplatňuje zejména psychoterapie skupinová. Skupinu vede většinou psycholog nebo lékař či sestra, kteří prošli psychoterapeutickým výcvikem. Psychotici se ve skupině více uvolňují. Proto je pro nemocné skupinová terapie, tak důležitá, zejména z hlediska nahlížení nemocného na jeho nemoc a ve zlepšování sociálních vztahů a komunikace.¹⁸⁴

„Ožehavým tématem v psychoterapii je otázka, zda je etické změnit u pacienta jeho hodnotový systém. Převažuje obecný názor, že psychoterapeut se má spíše přizpůsobit pacientovi a jeho hodnotovému systému. Avšak existují určité hodnoty, na nichž závisí i vztah pacienta k terapeutovi, a ty zřejmě musí být uplatňovány. Např. pomáhat mu, aby byl pravdivější, důvěřivější, čestnější, realističtější apod. Takovéto hodnoty ovšem bývají společné různým etickým systémům. Uvedená strategie má za cíl vést pacienta k větší svobodě a k tomu, aby jednal podle vlastního svědomí, které v dané situaci musí terapeut respektovat. To se týká i jeho náboženského přesvědčení.“¹⁸⁵

Vzhledem k tomu, že hranice psychiatrické léčby nejsou přesně vymezeny

¹⁸¹ Srov. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. eds. *Psychózy: Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 41.

¹⁸² Srov. MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*, s. 82.

¹⁸³ Srov. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*, s. 137.

¹⁸⁴ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 77.

¹⁸⁵ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 116.

a diagnózy nemají vždy jednotná objektivní kritéria, může z etického pohledu znamenat, reálnou hrozbu zneužití psychoterapie. Toto riziko je zde mnohonásobně vyšší než v jiných oblastech terapie.¹⁸⁶

Doktor JAROLÍMEK zahrnuje psychoterapii do celku psychosociální intervence. Jeho rozdělení vypadá tedy takto:

1. Psychoedukace – zmiňuje podobné informace jako uvedené v citacích 174 a 175.
2. Psychoterapie – máme 3 formy:
 - Individuální psychoterapie,
 - skupinová psychoterapie,
 - rodinná psychoterapie.
3. Různé formy tréninkových kurzů – př. nácvik sociálních dovedností, smysluplné trávení volného času, zvládnání stresu, aj. (více viz. kapitola 3.1.3 Sociální terapie).
4. Sociální rehabilitace – tzn. obnovení či nabytí sociálních dovedností (vaření, praní, hospodaření s penězi, atd.) více viz. kapitola 3.1.3 Sociální terapie.
5. Pracovní rehabilitace – uvádí, že zhruba 1/3 schizofreniků je schopna “normálně” pracovat, dalších 60% je schopno pracovat za určitých upravených podmínek (př. chráněné pracovní místo).¹⁸⁷

Psychoterapií psychóz se v Čechách zabývali zejména E. Syřišťová, Kalina, D. Kocábová, L. Horák, O. Pěč a P. Suchomel.¹⁸⁸

3.1.3 Sociální terapie

Cílem sociální terapie je ponechat nemocné v původním prostředí, naučit je větší samostatnosti a hospodaření s časem, navázat nebo rozšířit jejich sociální kontakty, aj. To se mohou naučit např. v chráněných dílnách, na pracovních tréninkových místech, v denních ambulantních zařízeních [př. o. s. FOKUS]. Cílem těchto zařízení je naučit nemocného pravidelnosti v docházení a pracovním návykům. Dále přijde nemocný do kontaktu se stejně nemocnými lidmi a pravidelným docházením do zařízení se tak zmírní sociální izolace jedince.¹⁸⁹

Více viz. kapitola 4.1 Sociální práce s lidmi se schizofrenií.

¹⁸⁶ Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 116.

¹⁸⁷ Srov. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 19.

¹⁸⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 279.

¹⁸⁹ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 79.

3.2 Ochranná léčba

„Ochranné léčení je jednou z forem zdravotnické péče nařízené soudem.“¹⁹⁰

Člověk s duševním onemocněním může ohrozit jak své zdraví či život, tak zdraví či život svého okolí. Proto zde existuje zákon, který lze v těchto případech použít, pokud nemocný nesouhlasí s hospitalizací. V případě možné agresivního chování nemocného lze využít asistence policie při převozu do zdravotnického zařízení.¹⁹¹

„Dopustí-li se jedinec pod vlivem duševní poruchy trestného činu a je-li pro tuto poruchu pro společnost nebezpečný, rozhoduje soud na základě znaleckého posudku o ochranném léčení. ... Ochranné léčení může být psychiatrické, protialkoholní, protitoxikomanické nebo sexuologické, resp. kombinované podle povahy duševní poruchy pachatele a spáchané trestné činnosti (taktéž uvádí i Srov. MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ a kol. 2008: 148). Ochranné léčení nařizované dle § 72 tr. zákona¹⁹² může probíhat formou ústavní nebo ambulantní.“¹⁹³

Nikdy však nesmí být porušena Listina základních práv a svobod, např.: *„Každý má právo na život.; Nikdo nesmí být zbaven života.; Trest smrti se nepřipouští.; Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.; Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno* [porušování těchto práv více v kapitole 3.3 Politické zneužívání psychiatrie].“¹⁹⁴

V ochranné léčbě se formuje chování nemocného, jsou vyjasňována jeho nereálná očekávání, kultivuje se zde jeho projev, ale zejména se zde nejvíce posiluje odpovědnost a vlastní účast na řešení problémů.¹⁹⁵

Pokud je nemocný hospitalizovaný bez svého souhlasu, musí se vše písemně do 24 hodin nahlásit příslušnému soudu, kde se zdravotnické zařízení nalézá. Soud je poté povinen do sedmi dnů rozhodnout o oprávněnosti tohoto kroku na základě šetření pracovníka soudu v daném zařízení.¹⁹⁶

Je-li hospitalizovaný v zařízení déle než tři měsíce, musí soud opět rozhodnout

¹⁹⁰ MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 148.

¹⁹¹ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 199.

¹⁹² Ověřeno: MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY *Sbírka zákonů* [online] (c) 2010, aktualizováno 2011, [cit. 2011-02-11]. Dostupné na [www: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2008/sb041-08.pdf>](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2008/sb041-08.pdf).

¹⁹³ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 200.

¹⁹⁴ *Ústava ČR Listina základních práv a svobod*. Úplné znění, s. 16.

¹⁹⁵ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 150.

¹⁹⁶ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 199.

o adekvátnosti dalšího zadržování dle znaleckého posudku. Pokud se během léčby nemocný rozhodne dát svůj souhlas s hospitalizací, je nutné vše opět nahlásit soudu.¹⁹⁷

Po uplynutí doby léčby může zařízení, na základě svého uvážení, nemocného propustit. Pokud však nemocný, který je hospitalizován bez svého souhlasu, uprchne, je nutné vše nahlásit na policii.¹⁹⁸

V případě duševních poruch může být řešena způsobilost právním úkonům nemocného.¹⁹⁹ Více viz. kapitola 5.4.1 Omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům.

3.3 Politické zneužívání psychiatrie

Nejvýznamnější zločin proběhl v době nacismu, kdy si nacisté „nacvičovali“ holocaust na duševně nemocných lidech. Roku 1933 byl přijat zákon o opatřeních proti dědičným chorobám, který neměl odpůrce. Jednalo se o sterilizaci duševně nemocných (spadali sem i slabomyslní a epileptici) a přerušování těhotenství až do pátého měsíce. Zákon byl dokonce přivítán psychiatry, protože do této doby neexistovalo efektivní léčení nemocí duše. Proto propagovali alespoň *profylaxi*²⁰⁰ touto formou.²⁰¹

Již dříve se však objevovali žádosti na usmrcování defektních dětí. Tyto žádosti podávali zejména jejich rodiče.²⁰²

Zbavování se psychiatrických pacientů probíhalo pod názvem „program eutanázie“²⁰³. Nacisté tak zneužili i pojem eutanázie.²⁰⁴

Tento program byl před veřejností tajen. Do celé akce bylo zapojeno pouze několik skupin právníků a zdravotnického personálu, kteří měli za úkol přesvědčovat personál likvidačních ústavů o legalitě a beztrestnosti jejich konání.²⁰⁵

„Nikdo neví, kolik psychiatrických pacientů bylo nacisty povražděno. Odhaduje se, že nejméně 70 000, možná dokonce 120 000.“²⁰⁶

¹⁹⁷ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 200.

¹⁹⁸ Tamtéž, s. 200.

¹⁹⁹ Tamtéž, s. 201.

²⁰⁰ „Prevence; předběžné ochranné opatření proti vzniku choroby.“ KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*, s. 586.

²⁰¹ Srov. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 353.

²⁰² Tamtéž, s. 354.

²⁰³ Eutanázie je lékařem zprostředkovaná pomoc v umírání tam, kde je člověk trýzněn strašlivými útrapami. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 354.

²⁰⁴ Srov. VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 354.

²⁰⁵ Tamtéž, 357.

²⁰⁶ VACEK, J. *O nemocech duše*, 359.

„Úvahami o tom, koho posadit na lavici obžalovaných za nacistické vraždění duševně chorých, se dodnes zabývá mnoho lidí. „Program eutanázie“ byl součástí rasistické ideologie, jež si vzala za úkol vyhlazení domněle méněcenných ras a dosažení rasové čistoty vlastní. Postižení skutečně dědičnými neduhy, či aspoň chorobami, kde se riziko dědičného přenosu dalo předpokládat, měli zmizet. Kazili by rasu. Byl to nežádoucí odpad, ohrožující čistotu krve vyvolené rasy či národa.“²⁰⁷

4. Sociální hledisko schizofrenie

Schizofrenie je považována za stigmatizující onemocnění. Předsudky se posilují díky nejasné etiologii, příčinách choroby a zejména díky nedostatku znalostí o této nemoci. Člověk, který nemá znalosti o vzniku schizofrenie, si vše nejčastěji vysvětluje iracionálně, často do výkladu promítá i své vlastní pocity.²⁰⁸

„Postoje“²⁰⁹ se vytvořily jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Může to být ovšem mnohdy orientace značně nepřesná, zejména pokud je více ovládána citovou než rozumovou složkou. Postoje ovlivňují i lidské chování.²¹⁰

Laikové mívají kognitivní složku postoje velmi slabou, většinou je to způsobeno nedostatkem informací o nemoci.²¹¹

Emocionální složku postoje mívají laikové velmi ambivalentní. To znamená, že se zde vyskytují jak pozitivní, tak negativní prožitky, protože nemoc je většinou hodnocena jako něco nežádoucího.²¹²

Výsledkem bývá nejčastěji ambivalence v postojích a to současně soucit a odpor k lidem s handicapem. Velkou měrou se na všem podílí neinformovanost.²¹³

²⁰⁷ VACEK, J. *O nemocech duše*, s. 363.

²⁰⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 354.

²⁰⁹ „Postoj je odvozenou motivační dispozicí, která má svůj vnitřní i vnější projev. Jeho vnitřní součást tvoří složka citová a kognitivní, to znamená poznání a celkové hodnocení situace, s jeho významem, který pro člověka má. Jeho vnějším projevem je tendence reagovat na daný podnět určitým, dosti podobným a tedy predikovatelným způsobem chování. Všechny tři složky, tj. citová, kognitivní a konativní ovšem nemusí být v každém postoji vždy stejně intenzivně vyjádřeny, např. postoj k postiženému dítěti je více emocionální než racionální. ... Postoje ve své konečné podobě nejsou člověku vrozené, ale vytváří se učením a jsou výrazně podmíněny sociokulturními vlivy prostředí, ve kterém jedinec žije. Společnost většinou nějakým způsobem posiluje a stimuluje přijetí určitých postojů a odlišné tendence odmítá, či dokonce trestá. Z tohoto důvodu vykazují obecnější postoje určitou rigiditu, mnohdy lze mluvit až o stereotypu. ... Stereotyp znamená tendenci k fixaci určitého názoru či postoje.“ VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*, s. 15.

²¹⁰ Tamtéž, s. 14.

²¹¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*, s. 14.

²¹² Tamtéž, s. 15.

²¹³ Tamtéž, s. 15.

„Rozlišování zdraví a nemoci, event. normality a defektivit je podmíněno kulturně historicky a sociálně psychologicky.“²¹⁴

Člověk s handicapem přejímá postoje společnosti vůči svému handicapu. Během toho zjišťuje jaké sociální dopady má určité stigma. Jeho reakce mohou být však různé a to na základě jeho zachovaných možnostech, na základě reakcí veřejnosti, závislosti jeho defektu, vývojové úrovně a zkušenostech, na přijetí rodiny a mnoha jiných psychosociálních faktorech.²¹⁵

4.1 Sociální práce s lidmi se schizofrenií

Vážné duševní onemocnění je proces, který je velmi individuální u každého člověka. Je více nepředvídatelný u lidí mladšího věku a u lidí, u kterých se onemocnění projevilo poprvé.²¹⁶

„Nemoc se může vyléčit zcela, může dojít k odeznění akutních potíží, ale osobnost má trvalý defekt. Nemoc se může také opakovat s mezidobími, v nichž jsou obtíže méně naléhavé a pacienta omezují méně. Protože jde o proces, nikoliv o trvalý stav, je nutné, aby *služby*²¹⁷ reagovaly na měnící se potřeby nemocného. Jeden typ služby totiž může být v určitou dobu přiměřený a v jinou dobu nepřiměřený.“²¹⁸

Péči vedle psychiatra a psychologa poskytuje také sociální pracovník. Společně s nimi může být považován za „managera“ péče. Služby však musí korespondovat vždy s kvalifikací daného pracovníka.²¹⁹

DÖRNER, PLOG k tomu dodávají, že: „V týmu mají sice všichni stejný základní postoj, každý jej však přizpůsobuje podle své jedinečné osobnosti a doplňuje podle speciálních znalostí a dovedností svého profesionálního vzdělání. Tým je teprve tehdy terapeuticky účinný, když všichni členové disponují aspoň částečně srovnatelnými základními zkušenostmi s pacienty a se sebou samými. Teprve tehdy mohou být nosné jak individuální zvláštnosti každého jednotlivého člena, tak jeho speciální profesionální zkušenosti.“²²⁰

²¹⁴ VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*, s. 17.

²¹⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*, s. 20.

²¹⁶ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*, s. 11.

²¹⁷ „Sociální služby chrání občana tím, že v jeho prospěch něco konají. Poskytují je instituce veřejnoprávní i soukromoprávní (nestátní organizace mají soukromoprávní povahu). I v druhém případě je však stát – jak garant dodržování základních lidských práv – povinen formou periodického prověřování činnosti těchto subjektů a přidělováním licencí zaručit občanům, že tyto instituce budou vykonávat to, k čemu se zavázaly.“ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*, s. 11.

²¹⁸ Tamtéž, s. 99.

²¹⁹ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*, s. 11.

²²⁰ DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 30.

V psychiatrickém týmu lze nalézt lékaře, psychologa, sestru popř. ošetřovatelku/ošetřovatele, sociálního pracovníka, ergoterapeuta a mnoho jiných terapeutů. Které profese patří do psychiatrického týmu? To je různé podle druhu (a prostředků) zařízení. Tyto profese tvoří jádro týmu, ne vždy však musí být v plném složení. Také do týmu mohou patřit faráři, pedagogové, sociologové, aj. záleží vždy na typu zařízení.²²¹

„Sociální práce se hlavně realizuje v sociálních službách a jejich prostřednictvím. *Profesionální*²²² sociální pracovníci jsou zaměstnáváni sociálními subjekty, aby realizovali jejich sociální cíle, programy, plány či projekty, tj. poskytovateli sociálním objektům (klientům) předměty (dávky a služby) k uspokojování určitých sociálních potřeb.“²²³

Rodina a blízcí však často problém nemocného nevidí, proto lidé s duševním onemocněním často službu vyhledávají sami. MAHROVÁ s VENGLÁŘOVOU však tvrdí, že by aktivní vyhledávání nemocných, mělo být základní vlastností sociálního systému služeb.²²⁴

Práce s lidmi s psychózou není jednoduchá. Důraz je kladen zejména na komunikaci, přístup a kvalitu vztahu. Za nutné se považuje znalost základů psychopatologie. Je dobré vážit slova, protože klient může být zvýšeně vztahovačný. Navíc práci mohou komplikovat sluchové halucinace, které nemusí být vždy na straně pracovníka.²²⁵

Projevy lidí s psychózou mohou být velmi rozmanité. Projevují se nedůvěřivě, vztahovačně, někdy kontakt s nimi nelze vůbec navázat, protože prožívají velkou úzkost a strach. Nebo naopak mohou být v kontaktu velmi ochotní. Mohou pracovníka zahltit proudem slov. Většinou bývá těžké se v rozhovoru zorientovat a rozšifrovat „sdělené“. Prvotním úkolem pracovníka je autenticky sdělit, že situaci nemocného chápe.²²⁶

V sociální práci s touto cílovou skupinou je důležité si uvědomit, že nemocní mají sníženou vůli řešit různé životní situace. Počínaje však již omezením běžných činností,

²²¹ Srov. DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 30.

²²² „Odbornost sociálního pracovníka se vyznačuje tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotvědy, práva a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení. Sám však neposkytuje psychologické, zdravotní, právní nebo jiné specifické odborné služby, ale odkazuje klienta na příslušné odborníky – psychologa, právníka apod.“ MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*, s. 180.

²²³ Tamtéž, s. 179.

²²⁴ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 45.

²²⁵ Tamtéž, s. 126.

²²⁶ Tamtéž, s. 128.

jako je péče o sebe sama, hygiena, strava, aj. Při práci s psychotiky se sociální pracovník snaží s těmito omezeními pracovat a postupně je snižovat.²²⁷

Cílem sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním je zejména: **překonat společenskou izolaci a stigmatizaci, dále získat a rozvíjet sociální dovednosti a schopnosti klienta, umožnit popř. zprostředkovat chráněné bydlení** a v neposlední řadě **obnovit pracovní návyky popř. umožnit nebo zprostředkovat práci v chráněné dílně.**²²⁸

4.1.1 Resocializace a integrace lidí se schizofrenií

U handicapovaných je největším problémem *stigmatizace*²²⁹. Handicapovaný má snížený sociální status a jen velmi obtížně navazuje nové vztahy, protože společnost pro něj bývá často nepřístupná.²³⁰

„Lidé s psychózou jsou nejen objektem stigmatizace ze strany okolí, ale sami toto stigma zvnitřňují a jejich chování (stažení, útočnost) může být důsledkem těchto postojů.“²³¹

„Problémem handicapovaných a nemocných nebývá jen oblast intimních, dyadických vztahů, ale i sociální adaptace postiženého ve společnosti, tj. jeho *integrace*²³², resp. schopnost společnosti postiženého absorbovat.“²³³

Důsledkem zdravotního postižení je handicap. Handicap může být zvyšován různými bariérami (architektonickými, dopravními, mezilidskými, aj.), ale zejména neinformovaností a předsudky, které má veřejnost.²³⁴

Naštěstí však bylo prokázáno, že pokud veřejnost dostane potřebné informace a realistický náhled na dané postižení, je navozen příjemný mezilidský kontakt. Kdo má ve svém okolí (ve škole, v práci, atd.) někoho se zdravotním postižením, lépe pak

²²⁷ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 128.

²²⁸ Tamtéž, s. 129.

²²⁹ „Stigmatizace (přiřčení negativního odlišení od zavedeného standardu, normy) je „nálepkovitou“ reakcí společnosti, resp. sociálního okolí na odchylku od obecné normy obsahující názor na to, jak má jedinec fungovat a reagovat, čeho má být schopen, jak má vypadat, jak má vnímat, jak se má vyjadřovat nebo jak se má pohybovat a popř. o jaké cíle má usilovat.“ NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 19.

²³⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*, s. 23.

²³¹ PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. eds. *Psychózy: Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 41.

²³² „Pojem sociální integrace, nověji inkluze, označujeme proces rovnoprávného společenského začleňování specifických minoritních skupin (jako jsou např. etnické a národnostní skupiny, lidé se zdravotním postižením, staří občané, sociálně nepřízřivobiví lidé) do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti.“ NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 20.

²³³ VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*, s. 23.

²³⁴ Srov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 30.

hodnotí handicapované. Hodnotí zejména jejich dobré vlastnosti a úspěšnost adaptace.²³⁵

Při zvládání své nemoci se pacient vždy musí nejprve vyrovnat s určitými úkoly, jak uvádí KŘIVOHLAVÝ ve své knize, odkazující se na původního autora „10 kroků ke zdraví“ FIORE. Prvním krokem by mělo být **zbavení se falešných představ o nemoci** a možném vyléčení **a uvědomění si vlastní smrtelnosti**. Druhým krokem by měl být **rozlišení dvou skutečností: tzn. uvědomit si, co se změnit dá a to, co se změnit nedá**. Ve třetím kroku by se nemocný měl **soustředit na to, co se změnit dá a vytyčit si tak realistický, dosažitelný cíl**. Ve čtvrtém kroku by si měl **rozdělit velký cíl na malé cíle**, postupně vedoucí k hlavnímu cíli. V pátém kroku **si upřesnit první fázi k dosažení cíle, přesně definovat kritéria prvního kroku a poté učinit první krok**. Poté se za splnění kroku odměnit. V šestém kroku by se měl **soustředit na jeden další samostatný krok a pak na další a jeden po druhém je realizovat**. V sedmém kroku by měl **zvládat vnitřní dialog sama se sebou** a říkat si „to nezvládnou“ X „to musím zvládnout“. V osmém kroku by se měl nemocný **učit žít se zdravotním postižením**. V devátém kroku by se měl nemocný **naučit žít v přítomnosti**, nevracet se k minulosti a nefantazírovat do budoucnosti. A v posledním desátém kroku by se měl **naučit mít rád život**, i přesto že to může být život těžký a radovat se z každého kroku.²³⁶

Důležitým úkolem je vymyslet pro nemocné denní program a režim, protože nemocný toho většinou není sám schopen. Naopak má tendenci se spíše izolovat a nic nedělat. Proto je důležité je znovu aktivovat a udržovat jejich vztahy s ostatními lidmi, zároveň je chránit před stresem a nadměrným přetěžováním. Tento program nemocnému pomáhá ve všeobecné orientaci a dává mu pocit užitečnosti a smyslu.²³⁷

Sociální návyky u nemocného mohou být snižovány dlouhodobou hospitalizací. Proto se doporučuje, u dlouhodobě hospitalizovaných, návrat do rodinného prostředí. Pokud to však z jakýchkoli důvodů není možné, lze nemocného umístit v *chráněném bydlení*²³⁸. Což může sloužit pouze jako přechodná varianta mezi institucí a naprostou samostatností.²³⁹

²³⁵ Srov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 31.

²³⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, s. 108.

²³⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 366.

²³⁸ „Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“

4.1.1.1 Zaměstnávání lidí se schizofrenií

*Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti*²⁴⁰ ukládá, zaměstnavatelům zaměstnávající více jak 25 pracovníků, povinnost buď zaměstnat alespoň 4% zaměstnanců z řad lidí se zdravotním postižením anebo odebírat výrobky nebo služby od organizací, zaměstnávající více jak 50% lidí se zdravotním postižením. Poslední možností zaměstnavatele zůstává odvádět částky do státního rozpočtu.²⁴¹

Zaměstnavatel, který se rozhodne zaměstnávat lidi se zdravotním postižením, tedy i následně přizpůsobit tak pracovní místo danému člověku (stavební úpravy, nákup pomůcek, atd.) je podpořen státem. Náklady na zřízení a provoz těchto pracovních míst jsou částečně hrazeny ze státních prostředků. Vše se řídí zákonem o zaměstnanosti.²⁴²

„Schizofrenie postihuje řadu psychických funkcí, okrádá postiženého jedince o mnoho základních věcí, které jsou podstatné v každodenním životě. Je spojena s vysokým rizikem sebevražedného jednání, hlavně v počátku, a významně narušuje fungování jedince (méně než 10% nemocných *pracuje*²⁴³ na celý úvazek a žije samostatně). Navzdory snaze o návrat do pracovního a vzdělávacího procesu bývá častým jevem invalidizace. Ta umožňuje ekonomické zajištění, avšak při nedostupnosti psychosociální intervence vede velmi často k sociální izolaci s negativním vlivem na terapeutický proces.“²⁴⁴

Jako měřítko, sociální adaptace člověka s postižením, je používáno zařazení do pracovního procesu. Návrat do zaměstnání může být pro schizofrenika velmi těžký, protože mohl ztratit veškeré předešlé pracovní návyky, je méně výkonný a adaptabilní. Může se také setkat s nepochopením, odstupem a nedůvěrou ostatních spolupracovníků. Což bývá pro nemocného velmi zátěžové, protože je stále ještě zvýšeně zranitelný a má sníženou frustrační toleranci. Druhé riziko může být, že nebude schopen zvládnout zátěž profesní role, protože nemá všechny potřebné kompetence k výkonu své role.²⁴⁵

SAGIT *Zákon č. 108 o sociálních službách* [online] (c) 1996-2011, [cit. 2011-03-17]. Dostupné na [www: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r).

²³⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 366.

²⁴⁰ Ověřeno – ke stavu k datu 19. 2. 2011: MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY *Sbírka zákonů* [online] (c) 2010, aktualizováno 2011, [cit. 2011-02-19]. Dostupné na [www: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb143-04.pdf>](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb143-04.pdf).

²⁴¹ Srov. HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro osoby se zdravotním postižením*, s. 82.

²⁴² Srov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 46.

²⁴³ „Za práci považujeme smysluplnou tělesnou a duševní aktivitu vedoucí k určitému, předem zřejmému, cíli a k vytváření hodnot, které mají význam pro jedince i společnost. Práce je předpokladem a současně nástrojem seberealizace.“ Tamtéž, s. 45.

²⁴⁴ ČESKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 23.

²⁴⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 366.

Proto je mnohdy pro osoby s postižením pracovní úvazek, ať už normální nebo zkrácený, nevhodný nebo nereálný. Řešením však může být práce v *chráněných dílnách*²⁴⁶ či domácí práce.²⁴⁷

4.1.2 Etika v sociální práci

„Etiku sociální práce je obtížné vymezit nějakým kodexem pro velkou složitost vztahu sociální pracovník – klient. Do tohoto vztahu se totiž promítá mnoho proměnných veličin, neboť sociální pracovník v něm vystupuje:

- jako představitel státu a tedy jako zástupce majoritní společnosti.
Z tohoto postavení je povinen řídit se přesně danými zákony a předpisy, a ve vztahu ke klientovi reprezentuje „normalitu“;
- jako obhájce klienta. Ve vztahu klienta ke státu je zprostředkovatelem, který má prosazovat klientovy nároky a zájmy;
- jako arbitr z hlediska občanských práv klienta.²⁴⁸

Sociální pracovník musí zastupovat všechny tyto role, které se vzájemně prolínají. Je zde kladen velký důraz na etiku jednání sociálního pracovníka, protože každá situace je individuální. Etický kodex může být pro sociálního pracovníka pouze určitým zjednodušením.²⁴⁹

Sociální pracovník by se měl vždy řídit těmito etickými principy:

1. **Princip neškození** (nonmaleficence) neboli pravidlo především neškodit, tzn. nikdo nesmí být jakkoliv poškozen, ublížen, ani usmrčen.
2. **Princip dobřečinnosti** (beneficence) neboli pravidlo podporovat dobro a předcházet jakémukoliv poškození.
3. **Respekt k autonomii** neboli respekt k nezávislému samostatnému jednání (*autos* – sám, *nomos* – zákon). Člověk je schopen posoudit, porovnat jednotlivé možnosti a uskutečnit své jednání na základě svých záměrů a zájmů.
4. **Princip spravedlnosti** aneb rozdělování prostředků, služeb, dobra

²⁴⁶ „Chráněnými dílnami a chráněnými pracovišti se rozumí pracoviště provozovaná právníky nebo fyzickými osobami, kde pracuje přes 50 procent občanů se zdravotním postižením, kteří by se na otevřeném trhu práce uplatnili jen velmi těžko nebo vůbec. Práce probíhá v menších kolektivech, většinou na zkrácený úvazek a měla by zohledňovat zdravotní omezení zaměstnanců.“ NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 50.

²⁴⁷ Srov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 50.

²⁴⁸ GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 45.

²⁴⁹ Srov. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 45.

i zátěže.²⁵⁰

NOVOSAD ještě dodává několik eticko-profesních zásad, dle kterých je nutné se řídit:

1. Kritičnost k oboru i k vlastní osobě, schopnost sebereflexe - každý pracovník v pomáhajících profesích (lékař, psycholog, sociální pracovník, atd.) musí být schopen si uvědomit, že jeho kompetence, znalosti, schopnosti a dovednosti jsou omezené. Pokud si toto pracovník neuvědomuje, může ho vlastní přeceňování přivést do obtížné situace.²⁵¹

2. Obětavost pod kontrolou – pracovník nesmí potlačovat své osobní potřeby na úkor práce. Musí dbát na duševní hygienu, odpočinek, relaxaci a hlavně na soukromý život. Pokud toto není v rovnováze, může nastat fyzické a psychické vyčerpání a syndrom vyhoření.²⁵²

3. Odborný zájem versus osobní zájem klienta – pracovník si musí dát pozor, aby klienta v určitých situacích nepoškozoval, protože se může dostat do střetu odborný zájem a zájem klienta.²⁵³

4. Zabezpečení citových potřeb pracovníka a ochrana klienta – pracovník si musí dát pozor na své základní potřeby, nemusí být vědomé, jako např. potřeba uznání, prospěšnosti, sociálního kontaktu, nadvlády, citu, aj. Nikdy je nesmí zneužít proti klientovi.²⁵⁴

5. Kolegialita a otevřenost – pracovník musí být profesionální, to znamená, že musí respektovat své kolegy a jejich názory, nezkreslovat informace a pravdivě je předávat svým kolegům, aj.²⁵⁵

6. Respekt k důvěrnosti informací a údajů – pracovník se musí řídit vnějšími etickými hranicemi, jako je mlčenlivost ohledně práce s klientem, a nikdy je nesmí porušit. Dále ochrana osobních a citlivých údajů a sdělení klienta. Každý pracovník však musí mít i své vnitřní osobní etické normy, kterými se řídí, které se utvářejí v dětství. Tím je jeho práce specifická.²⁵⁶

²⁵⁰ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 49.

²⁵¹ Srov. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*, s. 190.

²⁵² Tamtéž, s. 190.

²⁵³ Tamtéž, s. 190.

²⁵⁴ Tamtéž, s. 190.

²⁵⁵ Tamtéž, s. 190.

²⁵⁶ Tamtéž, s. 190.

„Hlavním úkolem profesní etiky je co nejúspěšněji sloužit k plnění profesionálních úkolů. Je nutné, aby se v pracovních vypěstovala schopnost samostatné etické orientace v chování, při volbě prostředků, metod k dosažení cíle.“²⁵⁷

4.2 Rodiny schizofreniků

Když člověk onemocní psychózou, situace se stane nesnadná nejen pro něj samotného, ale zejména pro jeho rodinu a blízké. Je třeba si uvědomit, že bude nutno přehodnotit dosavadní plány a cíle, a že jejich blízký se ocitl v psychické krizi, bude muset brát léky a docházet na psychiatrické kontroly.²⁵⁸

Někteří rodiče cítí po tomto zjištění pocit hanby a studu vůči svému sociálnímu okolí. Někteří kladou vinu onemocnění na sebe. Tím však oddalují včasné zachycení onemocnění a začátek léčby. Bylo prokázáno, že čím později se nemoc začne léčit, tím horší je prognóza a šance na vyléčení.²⁵⁹

Vznik psychotického onemocnění je považován za krizi, která naruší dosavadní rovnováhu v rodinném systému, protože tato krize se dotýká všech. Někdy může být i spouštěčem dosud nevyřešených rodinných problémů. Nemocný se tak stává rušivým elementem v domácnosti. Nemocný hodnotí běžné situace jinak než zdravý člověk a dává jim jiný význam, což může zdravému člověku přijít jako nesmyslné nebo tím může dostávat zdravého do střetu s nemocným.²⁶⁰

MALÁ se ve své knize odkazuje na Jacksona, kde uvádí, že: „Z Jacksonových výzkumů vyplývá důležitost rodinné rovnováhy a homeostázy. Jackson a spolupracovníci uzavírají, že zároveň se schizofrenikem je třeba také léčit rodinu, protože schizofrenie jednoho člena vede k patologické interakci v celé rodině.“²⁶¹

„Ze statistik vyplývá, že 70% lidí se schizofrenií žije stále se svými příbuznými, zejména rodiči a tito pak samozřejmě mají na ně silný vliv jak pozitivní, tak i negativní.“²⁶²

Reakce rodiny může být ovlivněna tím jakou roli či postavení nemocný dříve v rodině zastával, protože po vypuknutí nemoci se jeho role změní.²⁶³

²⁵⁷ GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 45.

²⁵⁸ Srov. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 21.

²⁵⁹ Tamtéž, s. 21.

²⁶⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 658.

²⁶¹ MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*, s. 91.

²⁶² JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 21.

²⁶³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 360.

Rodina a okolí by měli být především tolerantní a trpěliví k nemocnému, pomoci mu předcházet nebo zvládat stresové situace. Nikdy by neměli nemocnému vyčítat projevy jeho nemoci, protože on je ovlivnit nemůže. Pokud však nastane nějaká napjatá situace, měla by být řešena hned a neměla by být odsouvána do pozadí a kumulovat tak napětí v rodině.²⁶⁴

Nemocný potřebuje podporovat od rodiny, že situaci zvládne, i když o tom dotyční nejsou zcela přesvědčeni. Není dobré, aby jeho myšlení propuklo ve zmatek. Potřebuje jasné a srozumitelné údaje.²⁶⁵

Pokud schizofrenik povídá „nesmysly“, nikdy by mu je rodina neměla vyvracet, ale zároveň by mu je neměla ani potvrdovat! Dotyčný je o svých představách a pocitech pevně přesvědčen a má tendenci své prožívané někomu sdělit. Nikdy by neměl být odmítnut.²⁶⁶

Zúčastnění by tedy měli projevit svou účast, to znamená například: se dotknout nemocného nebo ho pohladit po ruce, ale nikdy by do jeho vyprávění neměli zasahovat. Pouze vyjádřit pochopení, že jeho situace není lehká a že je velmi nepříjemné, pokud to takto vnímá. Lze vyjádřit emoce. Dále říci, že pro věci, které dotyčný říká, může existovat i jiné vysvětlení. Nejdůležitější je však nemocného ujistit, že zde je v bezpečí a nemusí se bát.²⁶⁷

5. Etický kodex a etika při práci s lidmi se schizofrenií

„Profesní etické kodexy, např. lékař, duchovní, soudce, vycházející z etiky povinnosti, které formuloval Immanuel Kant ve druhé polovině 18. století. Ústřední myšlenku této koncepce bychom mohli volně přeložit jako *„jednej vždy tak, aby morální zásady tvého jednání mohly sloužit jako obecné normy chování všech lidí a nepohlížej na spoluobčany jako na pouhý prostředek dosažení tvých cílů, ale vždy jako na hlavní účel tvého jednání.“*. Profesní etické kodexy vylučují bezohledné jednání, jehož cílem je jen osobní prospěch.“²⁶⁸

Práce pomáhajících je úzce propojena s hodnotami člověka jako je například zdraví, svoboda, autonomie, aj. Vždy jde o vztah, vztah pracovníka a klienta, proto je nutný etický kodex, který bude regulovat jednání zúčastněných.²⁶⁹

²⁶⁴ Srov. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 23.

²⁶⁵ Tamtéž, s. 24.

²⁶⁶ Tamtéž, s. 25.

²⁶⁷ Srov. TOUŠKOVÁ, M. *Skripta poradce*, s. 12.

²⁶⁸ MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 50.

V etickém kodexu jsou vyjasněny povinnosti pracovníků a jejich role v ochraňování klienta. Pracovník je zavázán dodržovat standardy kvality služby a regulovat tak své profesionální jednání. Etických kodexů je více druhů, každá pomáhající profese má svůj (lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, aj.).²⁷⁰

Etický kodex je tedy psané pravidlo, jak by se měl pracovník chovat, tak aby jeho chování bylo přiměřené a správné. Jsou zde etické principy a standardy. Etické principy jsou postaveny na obecných morálních postojích a hodnotách.²⁷¹

5.1 Etický kodex SPk ČR

„Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti.“²⁷²

Sociální pracovníci jsou povinni chovat se, jednat, rozhodovat se dle Etického kodexu. V něm jsou zakotvena pravidla etického chování ve vztahu ke klientovi, ke svému zaměstnavateli, ke svým kolegům, ke svému povolání a odbornosti, ve vztahu ke společnosti a v neposlední řadě jsou zde zakotveny Etické problémové okruhy a jejich možná řešení [Více viz. Příloha č. I. Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR].²⁷³

Do odborné praxe sociálních pracovníků patří tedy zejména etické uvědomění. Sociální pracovník by měl být schopen eticky jednat, což je základem kvality poskytované sociální služby.²⁷⁴

²⁶⁹ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 50.

²⁷⁰ Tamtéž, s. 50.

²⁷¹ Srov. LINDSAY, G., KOENE, C. a kol. *Etika pro evropské psychology*, s. 24.

²⁷² SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR *Mezinárodní etický kodex* [online] (c) neuvedeno, aktualizováno 2010, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>](http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz).

²⁷³ Srov. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 47.

²⁷⁴ Srov. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR *Mezinárodní etický kodex* [online] (c) neuvedeno, aktualizováno 2010, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>](http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz).

5.2 Etický kodex psychologů a psychoterapeutů ČR

Pod pojmem psychologie si lze představit dvě odlišné věci: 1) vědeckou disciplínu nebo 2) službu. U obou je však nutný souhrn znalostí a dovedností, které vycházejí z psychologické praxe a také etika, která je nutná k rozvíjení znalostí a dovedností.²⁷⁵

Psychologové jsou zavázáni řídit se etickým kodexem. Etický kodex slouží především pro řešení sporných otázek a chrání klienta před poškozením ze strany psychologa [více o Etickém kodexu viz. Příloha č. II. Etický kodex Asociace klinických psychologů].²⁷⁶

5.3 Etika lékařské péče v ČR

Většina psychotiků vyžaduje komplexní péči, ale přesto jsou schopni dlouho dobu žít mimo psychiatrické zařízení. Komplexní péče se poskytuje v rámci komunitní psychiatrie, což je systém pomoci, podpory a léčby. Měla by nemocnému umožnit žít běžným životem a spočívá v domácím léčení, v podpoře v zaměstnání, krizové podpoře, denních centrech, atd. V České republice nejčastěji toto umožňují neziskové organizace.²⁷⁷

Lékaři se již od pradávna musí řídit etickými požadavky. Postupem času se etické požadavky více specifikovaly a doplňovaly. Tak vznikla *medicínská etika*²⁷⁸, která se specifikovala na lidské zdraví.²⁷⁹

Již *Hippokratova přísaha*²⁸⁰, která pochází ze 4. století před naším letopočtem, je důkazem prvních etických požadavků, spojených s výkonem lékařské činnosti. Hippokratovu přísahu musel splnit každý, kdo chtěl provádět lékařskou činnost. Později byl její text částečně upraven, ale i dnes je nutné tuto přísahu složit.²⁸¹

²⁷⁵ LINDSAY, G., KOENE, C. a kol. *Etika pro evropské psychology*, s. 15.

²⁷⁶ Srov. ASOCIACE KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ *Etický kodex Asociace klinických psychologů* [online] (c) neuvedeno, aktualizováno 2006, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://www.akpcr.cz/content/view/12/50/>](http://www.akpcr.cz/content/view/12/50/).

²⁷⁷ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 80.

²⁷⁸ „Etika je v podstatě systematické zamýšlení se nad lidským jednáním se zřetelem na jeho humánní charakter. Tento humánní charakter vyjadřuje, že jednáním člověka není narušována představa „ideálního jáství“, tj. takového lidství, které zahrnuje syntézu různých lidských hodnot a aspirací. Vědomí povinnosti, které je vázáno na takovéto jednání, je předreflexivní a je zakotveno v tom, že člověk je morální bytostí odpovědnou za to, že svým uskutečňováním lidských hodnot se teprve stává plně člověkem.“ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 46.

²⁷⁹ Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 46.

²⁸⁰ „Etických kodexů zavazujících k určitému chování především lékaře, později i zdravotní sestry, vysokoškoláky nelékaře a konečně i pacienty, dnes existuje celá řada. S těmi nejdůležitějšími je třeba se seznámit a nelze začít jinak než uvedením kodexu nejstaršího a nejcitovanějšího, totiž Hippokratovy přísahy. To proto, že Hippokratova přísaha zakládá mravní kontinuitu všech etických kodexů.“ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 75.

²⁸¹ Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 46.

Bioetika však vnesla námitky k některým částem Hippokratovy přísahy. První výtky se týká toho, že přísaha je založena příliš individualisticky, tedy ve prospěch jednotlivého pacienta a není respektován zájem celé společnosti. Druhá výtky se týká „paternalismu“, tedy že vyučený žák má uctívat svého učitele a v případě potřeby se starat o obživu rodiny svého učitele. Proto byly později některé části přísahy změněny či doplněny.²⁸²

Přísaha je orientována zejména na užitek pro pacienta a odpovědnost lékaře za jeho zákroky.²⁸³

„*O všem co uvidím a uslyším při své praxi, zachovám mlčení a podržím to jako tajemství*“ uvádí Hippokratova přísaha v jednom ze svých bodů. Tato etická norma, označovaná termínem „lékařské tajemství“, je jedním ze základních kamenů důvěry mezi lékařem a pacientem.²⁸⁴

Lékařská práce se však postupem času stala týmovou prací, bylo nutné zajistit mlčenlivost i u nelékařů. Proto byla v legislativě poupravěna formulka na povinnou *mlčenlivost*²⁸⁵ všech členů týmu ve zdravotnické a sociální práci.²⁸⁶

Jak již bylo zmíněno Etických kodexů existuje mnoho, počínaje Hippokratovou přísahou, dále **Etický kodex České lékařské komory** [více viz. Příloha č. III. *Etický kodex České lékařské komory*], Etický kodex České stomatologické komory, Etický kodex lékárníka, Etické kodexy zdravotních sester a ošetřovatelek, Etický kodex vysokoškoláků nelékařů, *Charta pracovníků ve zdravotnictví*²⁸⁷, Etický kodex Práva pacientů, aj.²⁸⁸

²⁸² Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 48.

²⁸³ Tamtéž, s. 47.

²⁸⁴ GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 85.

²⁸⁵ „Povinná mlčenlivost ukládá všem zdravotnickým pracovníkům povinnost nesdělovat nikomu jinému skutečnosti, které se dozví v souvislosti s výkonem povolání.“ Tamtéž, s. 85.

²⁸⁶ Srov. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 85.

²⁸⁷ „Obecně se uznává, že existuje vztah mezi hippokratovskou a křesťanskou morálkou. Obsah křesťanské morálky, který se týká moderního lékařství, je však spíše tušen než znám. Žijeme v kulturním prostředí, které je významně ovlivněno křesťanstvím, a proto by se měli nejen věřící, ale i nevěřící pracovníci ve zdravotnictví seznámit s cenným dokumentem, který pod názvem Charta pracovníků ve zdravotnictví vydala papežská rada pro pastorační práci mezi zdravotníky a který následně v plném rozsahu schválila a potvrdila Kongregace pro nauku víry. Dokument byl publikován několik měsíců poté, kdy papež Jan Pavel II. založil v roce 1994 Papežskou akademii pro život. Její základní funkce, totiž podpora a ochrana života je spjata s úkoly Úřadu pro pastorační práci zdravotnických pracovníků. ... Dokument je základně členěn na tři tématické celky: Plození, Život a Umirání.“ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 94.

²⁸⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 75.

5.3.1 Etické problémy v psychiatrii

Světová zdravotnická organizace se v roce 2001 zasloužila o to, aby se psychická onemocnění dostala na úroveň somatických. Situace je jiná než dříve a mnoho psychických onemocnění je již více akceptovatelných, jako je například deprese. Ale schizofrenie je stále neakceptovatelným a stigmatizujícím onemocněním.²⁸⁹

Psychická onemocnění mají mnoho společného se somatickými, jako např. podíl stresového faktoru na onemocnění, imunita organismu, osobnostní charakteristiky aj. Psychický stres a nejistota dnešní doby souvisí s měnícím se stylem života, což také souvisí s tím, že mnoho jedinců svou životní situaci nezvládá a potřebuje odbornou pomoc.²⁹⁰

Kolektiv autorů knihy *Psychopatologie a psychiatrie* k tomu dodává, že: „Za několik let budou psychické poruchy výraznou příčinou ekonomické zátěže obyvatelstva (totéž uvádí i Srov. ČEŠKOVÁ 2007: 94).“²⁹¹

Etické aspekty medicíny jsou úzce propojeny s právními otázkami. Etické problémy jsou zakotveny v Etickém kodexu české lékařské komory.²⁹²

Etické problémy mohou být ovlivňovány zejména sociokulturním kontextem a rozvojem neurověd. Dle sociokulturního kontextu je psychiatrický výzkum a praxe silně ovlivňován veřejnými postoji.²⁹³

„Větší snaha o dodržování lidských a občanských práv, koncepce zachování lidské důstojnosti, autonomie a svobody rozhodování vede k tomu, že péče o nemocné je více humánní, ale výzkum se stává obtížnější a více byrokratický. Výsledkem tohoto vývoje je legální koncept informovaného souhlasu. Problém je hlavně v psychiatrii, protože řada psychických poruch narušuje schopnost souhlasu.“²⁹⁴

Negativní postoj veřejnosti byl podmíněn v minulém desetiletí, kdy byla popřena psychiatrická onemocnění a proběhla obvinění ze zneužívání psychiatrie. Negativní postoj společnosti má následný vliv na tvorbu zákonů a politiku.²⁹⁵

„Mimořádný rozvoj efektivních diagnostických i terapeutických postupů s sebou přinesl výrazné dilematické situace, které je nutno řešit nejen na základě medicínských kritérií, ale též rozvahou etické povahy. Každá rozvaha jednotlivce je však limitována

²⁸⁹ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 36.

²⁹⁰ Tamtéž, s. 36.

²⁹¹ SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 36.

²⁹² Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 36.

²⁹³ Tamtéž, s. 38.

²⁹⁴ SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 38.

²⁹⁵ Srov. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 38.

jeho znalostmi, zkušenostmi i osobním zaujetím pro věc; výsledek je nutně ovlivněn též jeho vyznáním, resp. absencí víry. Míra odpovědnosti za každé konkrétní rozhodnutí v dilematické situaci je vysoká a málokdo je ochoten a schopen ji převzít v plné šíři, zejména pak když dobře ví, že jeho názor je pouze jedním z možných a nemusí být ani reprezentativní, ani nejlepší.²⁹⁶

Pro tyto případy bylo tedy nutné zřídit Etické komise, které jsou naprosto nezávislé na České lékařské komoře a ministerstvu zdravotnictví. Mají za úkol v konkrétní rozpravě prezentovat jakékoliv i kontroverzní názory, v závěru však musí dojít ke společnému a jednotnému stanovisku.²⁹⁷

Dále v České republice najdeme čestné komise, které mají dohlížet zejména na dodržování *deontologických*²⁹⁸ pravidel a pokud se lékař proviní proti Etickému kodexu, který Česká lékařská komora přijala, musí být pokárán čestnou komisí.²⁹⁹

Vzhledem k tomu, že se etické orgány v České republice teprve dotvářejí, je možné, že některé čestné komise přebírají obsah etických komisí.³⁰⁰

5.4 Práva a povinnosti lidí se schizofrenií

V roce 1971 vydalo Valné shromáždění OSN **Deklaraci práv duševně postižených lidí** [více viz. Příloha č. IV. *Deklarace práv duševně postižených lidí*], kde byli více rozpracována práva duševně nemocných.³⁰¹

Za první minimální standard v oblasti lidských práv lidí s duševním onemocněním jsou považovány *Principy ochrany osob s duševní nemocí a zlepšování duševního zdraví*, přijaté Valným shromážděním v roce 1991. V tomto dokumentu je hlavním principem zákaz diskriminace z důvodu duševního onemocnění. Všechny duševně nemocné osoby mají právo vykonávat všechny sociální, kulturní, občanská, politická, aj. práva.³⁰²

„Duševní porucha, kterou jedinec utrpí v důsledku úrazu nebo jiného poškození zdraví, může být odškodněna přiznáním bolestného; trvá-li déle než jeden rok, může být

²⁹⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 57.

²⁹⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 57.

²⁹⁸ Deontika= „Teorie a studium povinností a jejich mravní závaznosti“. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*, s. 111.

²⁹⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 57.

³⁰⁰ Tamtéž, s. 57.

³⁰¹ Srov. PAVLÍK, J. *Deklarace práv duševně postižených lidí* [online] (c) 2008, aktualizováno 2008, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=59>](http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=59).

³⁰² Srov. MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: Otázka opatrovnictví dospělých*, s. 51.

odškodněna i z hlediska ztížení společenského uplatnění dle *Vyhlášky 440/2001 Sb.*³⁰³ „³⁰⁴

Zvláštním případem je zasahování do **základních občanských svobod**, jako je například zadržování nemocného v psychiatrickém zařízení proti jeho vůli a jeho nedobrovolné léčení [více viz. kapitola 3.2 Ochranná léčba]. Pokud by však byl nemocný zadržen bezdůvodně, mohla by být odpovědná osoba stíhána za omezování osobní svobody a dostat až několikaletý trest.³⁰⁵

Klient musí být vždy informován pro jaké účely a v jaké šíři pracovník sbírá jeho data. Také musí být obeznámen s tím, že má právo data nesdělít. V případě sdělení budou jeho data zabezpečena a nebudou bez jeho souhlasu sdílěna. Výjimkou je zpracování osobních a citlivých údajů. V tomto případě musí dát klient výslovný souhlas.³⁰⁶

ONDOK však upozorňuje na to, že při léčbě duševních poruch může být etickým problémem požadavek dobrovolného a informovaného souhlasu, nutný při zahájení léčby a terapie. Je mnoho případů, kdy nemocný, díky poruše nebo svému aktuálnímu zdravotnímu stavu není schopen objektivně posoudit a zhodnotit situaci a svobodně se rozhodnout a dát tento souhlas.³⁰⁷

MAREČKOVÁ, MATIAŠKO však odporují: „Způsobilost rozhodovat se není závislá jenom na přítomnosti duševní poruchy, ale je determinována spoustou dalších faktorů. Navíc není ani dichotomická, nemůžeme tedy říci, že způsobilost rozhodovat se člověk má, nebo nemá. Nic není černobílé, ani kompetence člověka s duševním postižením.“³⁰⁸

„**Trestní právo** obsahuje ve vztahu k osobám, které se dopustily činu jinak trestného pod vlivem duševní poruchy závažná ustanovení, která se dotýkají samé podstaty práva – otázka viny a trestu. Duševně nemocnému nelze přičíst vinu

³⁰³ Ověřeno: MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY *Sbírka zákonů* [online] (c) 2010, aktualizováno 2011, [cit. 2011-02-11]. Dostupné na [www: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb166-01.pdf>](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb166-01.pdf).

³⁰⁴ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 204.

³⁰⁵ Srov. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 184.

³⁰⁶ Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 57.

³⁰⁷ Srov. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 117.

³⁰⁸ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: Otázka opatrovnictví dospělých*, s. 63.

a odpovědnost, trest by jej nemohl „napravit“ a jeho nehumánnost by nepůsobila výchovně ani na ostatní. V zájmu prevence trestného jednání a ochrany společnosti je pro něj třeba zvolit odlišná, zvláště léčebná opatření.“³⁰⁹

„Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.“³¹⁰

5.4.1 Omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům

Pokud je člověk vážně duševně nemocný, lze řešit jeho *způsobilosti k právním úkonům*^{311 312}.

Právní úkon je definován dle §34 Občanského zákoníku jako: „Projev vůle směřující ke vzniku, změně nebo zániku těch práv nebo povinností, které právní předpisy s takovým projevem spojují.“³¹³

Podle stávající právní úpravy platí, že: „Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví (taktéž i HUTAŘ 2009: 228).“³¹⁴

Návrh podává zejména příbuzný nemocného nebo ošetřující lékař. Vše musí být doloženo potvrzením o zdravotním stavu nemocného. Poté soud zahajuje řízení, stanovuje veřejného opatrovníka pro nemocného a určuje soudního znalce. Soudním znalcem bývá psychiatr, který sepíše znalecký posudek a doporučí rozsah omezení, na základě vyšetření nemocného. Nemocný může být buď *částečně omezen*³¹⁵ nebo *zbaven* způsobilosti k právním úkonům. [Více viz. Příloha č. V. Částečné omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům].³¹⁶

³⁰⁹ ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 185.

³¹⁰ Tamtéž, s. 185.

³¹¹ „Způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti (způsobilost k právním úkonům) vzniká v plném rozsahu zletilostí. Zletilost se nabývá dovršením osmnáctého roku.“ *Občanský zákoník a související předpisy*. Úplné znění, s. 8.

³¹² Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 201.

³¹³ Ověřeno: MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY *Sbírka zákonů* [online] (c) 2010, aktualizováno 2011, [cit. 2011-02-11]. Dostupné na [www: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1964/sb19-64.pdf>](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1964/sb19-64.pdf).

³¹⁴ *Občanský zákoník a související předpisy*. Úplné znění, s. 8.

³¹⁵ „Omezením je myšlena ztráta pouze některých práv a povinností, které soud určí a jiné povolí.“ ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*, s. 183. „Částečné omezení se týká téměř výhradně jen věcí majetkových – nutno specifikovat, do jaké hodnoty může pacient nakládat s finančními a majetkovými hodnotami.“ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 202.

³¹⁶ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 202.

Nakonec soud určí *opatrovníka*³¹⁷ definitivního, často to bývá někdo z rodiny. Opatrovník hospodaří s majetkem nesvéprávného a provádí za něj právní úkony, např. podepisuje dokumenty týkající se nemocného. Veškerou činnost musí opatrovník vykazovat soudu.³¹⁸

Opatrovník může také v případě těžké duševní nemoci požádat o sterilizaci nesvéprávné.³¹⁹

Protože duševní onemocnění matky či otce je považováno za zdravotnickou indikaci k přerušení těhotenství.³²⁰ [Tyto dvě práva odporují Listině základních práv a svobod – „Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.; Nikdo nesmí být zbaven života.; Trest smrti se nepřipouští.” *Ústava ČR Listina základních práv a svobod*. Úplné znění 2006: 17].

Což také zároveň nepřímo potvrzuje ONDOK: „Lidský život představuje jednu z nejdůležitějších hodnot, která – jako každá hodnota – vyžaduje od člověka patřičný respekt a často povinnost a odpovědnost. Bioetické problémy, které spadají do této kategorie, souvisí především se zásahy medicínské technologie do předávání lidského života. ... Za jakých podmínek můžeme pokládat umělý potrat, nebo sterilizaci za etické jednání?“³²¹

³¹⁷ „K povinností opatrovníka bude dále náležet [dle návrhu nového Občanského zákoníka] zejména udržovat s opatrovancem vhodným způsobem a v potřebném rozsahu pravidelné spojení, projevovat o opatrovance skutečný zájem, jakož i dbát o jeho zdravotní stav a starat se o naplnění jeho práv a chránit jeho zájmy. Při rozhodování o opatrovancových záležitostech bude mít opatrovník povinnost vysvětlit opatrovanci srozumitelně povahu a následky rozhodnutí.” MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: Otázka opatrovnictví dospělých*, s. 144.

³¹⁸ Srov. MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: Otázka opatrovnictví dospělých*, s. 202.

³¹⁹ Tamtéž, s. 204.

³²⁰ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 204.

³²¹ ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 75.

ČÁST PRAKTICKÁ

6. Výsledky výzkumu dotazníkového šetření na téma „*SCHIZOFRENIE může potkat i Vás*“

6.1 Cíl zkoumání a stanovení hypotéz

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou všeobecné znalosti dospělé populace o schizofrenii. Dále bylo cílem výzkumu zjistit, jaké etické pohledy na schizofrenii převažují, zejména zda je správné, aby lidé s onemocněním z oblasti schizofrenie vstupovali do manželství a zakládali rodinu.

Hypotéza č. 1: Dospělá populace má o schizofrenii dostatečné znalosti.

Hypotéza č. 2: Dospělá populace tvrdí, že je správné, aby se člověk se schizofrenií mohl oženit/provdát.

Hypotéza č. 3: Dospělá populace tvrdí, že není správné, aby lidé se schizofrenií měli dítě/děti.

6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na dospělou populaci od 18 do 60 let, z toho více jak tři čtvrtiny dotazovaných byli ve věku 21 - 35 let. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 214 respondentů, z toho bylo 167 žen a 47 mužů. Nelze přesně definovat oblast, ze které respondenti pocházeli, vzhledem k formě dotazníkového šetření.

6.3 Metody a techniky výzkumu

Při mém šetření jsem použila techniky kvantitativního výzkumu s dotazníkovou metodou. Dotazník obsahuje 21 otázek, kdy se jedná o uzavřené otázky s možností více odpovědí. Poslední tři otázky sloužily k identifikaci zkoumaného vzorku. Podmínkou vyplnění bylo, že respondent musel být starší 18-ti let. Sběr dat jsem prováděla v období dvanácti dnů prostřednictvím dotazníkového šetření, umístěného na webovém portálu www.vyplnto.cz [více viz. Příloha č. VI. Dotazníkové šetření]. Tuto formu výzkumu jsem zvolila záměrně, neboť internet a elektronickou komunikaci považuji v současné době za nejrozšířenější médium pro získání dostatečného vzorku respondentů.

6.4 Výsledky empirického šetření

Tabulka č. 1

Otázka č. 1: Víte, co znamená pojem duševní onemocnění?	
Ano, vím, co znamená tento pojem a myslím si, že ho mohu definovat	156
Ano, vím, co znamená, ale nedokáži ho definovat	58
Ne, nevím	0

Graf č. 1

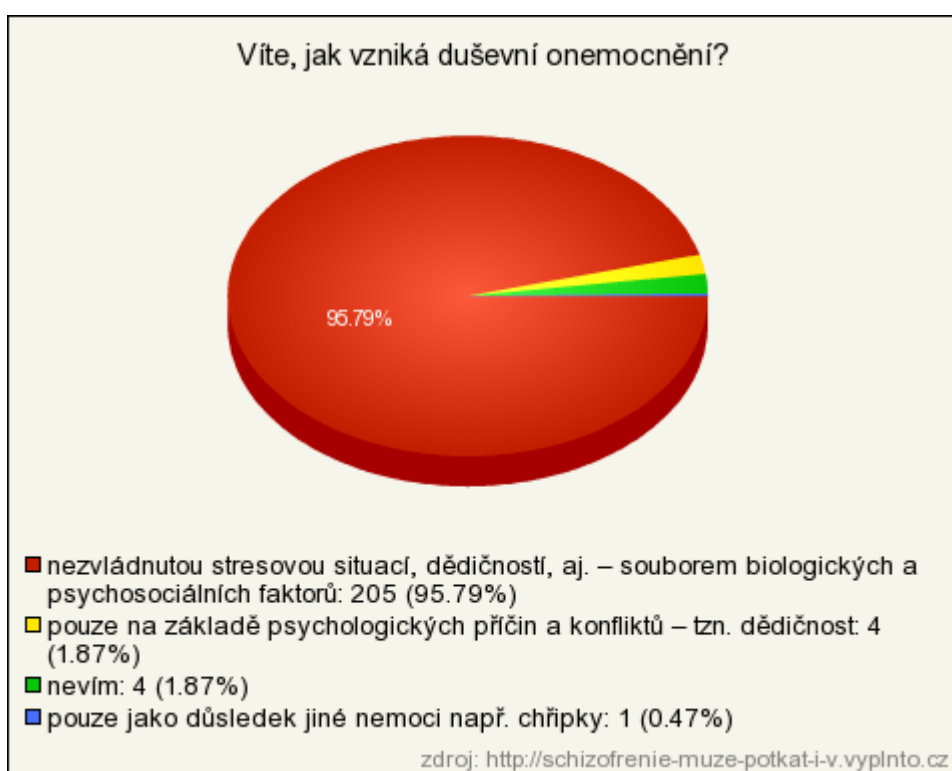


Pozn.: Z celkového počtu 214 respondentů 73% odpovědělo, že ví, co znamená pojem duševní onemocnění a dokáže ho definovat. 27% respondentů ví, co pojem duševní onemocnění znamená, ale nedokáží ho přesně definovat. Nikdo z dotazovaných respondentů neuvedl odpověď „ne, nevím“.

Tabulka č. 2

Otázka č. 2: Víte, jak vzniká duševní onemocnění?	
Pouze jako důsledek jiné nemoci např. chřipky	1
Pouze na základě psychologických příčin a konfliktů – tzn. dědičnost	4
Nezvládnutou stresovou situací, dědičností, aj. – souborem biologických a psychosociálních faktorů	205
Nevím	4

Graf č. 2



Pozn.: *Téměř všichni respondenti z dotazovaných jsou přesvědčeni, že duševní onemocnění vzniká nezvládnutou stresovou situací, dědičností aj. - tedy souborem biologických a psychosociálních faktorů. Pouze malé procento respondentů uvedlo jinou odpověď.*

Tabulka č. 3

Otázka č. 3: Kdo se podle Vás může stát duševně nemocným?	
Pouze ten, kdo k tomu má vrozené dispozice	4
Tato nemoc může postihnout kohokoliv, v jakémkoliv věku	208
Nevím	2

Graf č. 3



Pozn.: Většina z dotazovaných respondentů odpověděla: „Tato nemoc může postihnout kohokoliv, v jakémkoliv věku.“ Necelé 2% odpověděli, že onemocnět může pouze ten, kdo k tomu má vrozené dispozice a pouze necelé 1% odpověď nevědělo.

Tabulka č. 4

Otázka č. 4: Víte, co znamená pojem schizofrenie?	
Ano, vím a myslím si, že dokážu tento pojem přesně definovat	135
Ano, vím, již jsem ho slyšel/a, "něco" si pod tím představím, ale nedokážu ho nyní přesně definovat	79
Ne, nikdy jsem toto slovo neslyšel/a	0

Graf č. 4

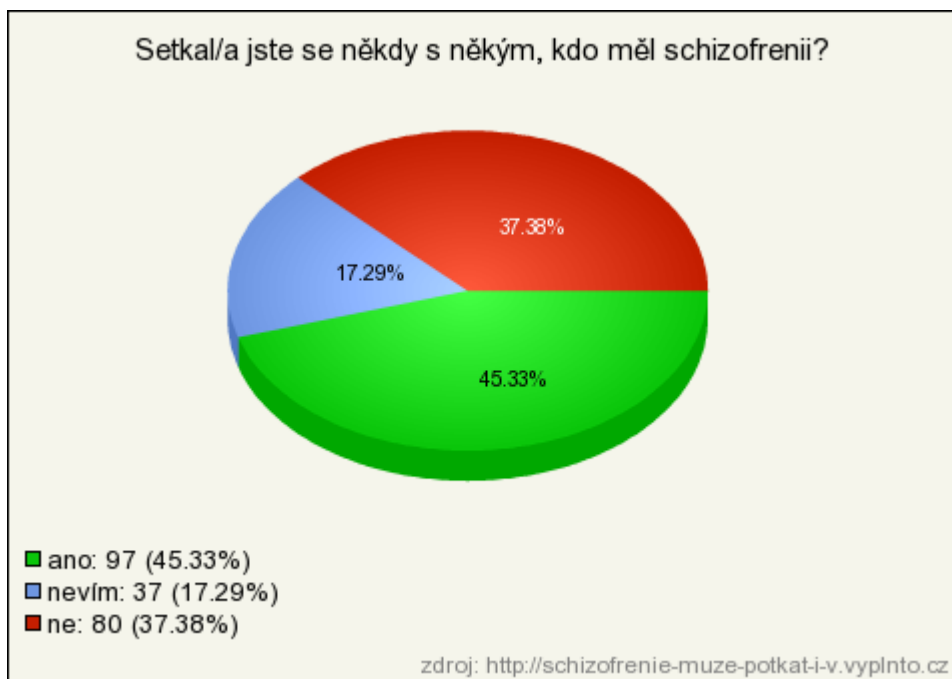


Pozn.: Celkem 63% z celkového počtu dotazovaných respondentů odpovědělo, že ví, co pojem schizofrenie znamená a dokáže jej přesně definovat. Zbýlé procento (37%) odpovědělo, že ví, co pojem schizofrenie znamená, ale nedokáže jej přesně definovat.

Tabulka č. 5

Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s někým, kdo měl schizofrenii?	
Ano	97
Ne	80
Nevím	37

Graf č. 5



Pozn.: Na otázku č. 5 téměř polovina respondentů odpověděla, že se již s člověkem, který měl schizofrenii setkala. 37% respondentů se s člověkem, který má schizofrenii doposud neseťkalo a 17% respondentů si není jisto, zda se vůbec někdy s člověkem se schizofrenií setkalo.

Tabulka č. 6

Otázka č. 6: Jak se jeho nemoc projevovala?	
Dotyčný mluvil/a zmateně, byla zde výrazná změna chování, myšlení, vnímání, popř. byly přítomné halucinace, bludy	80
Nevím, nedokáži to popsat	13
Nevím, již si to nepamatuji	4

Graf č. 6

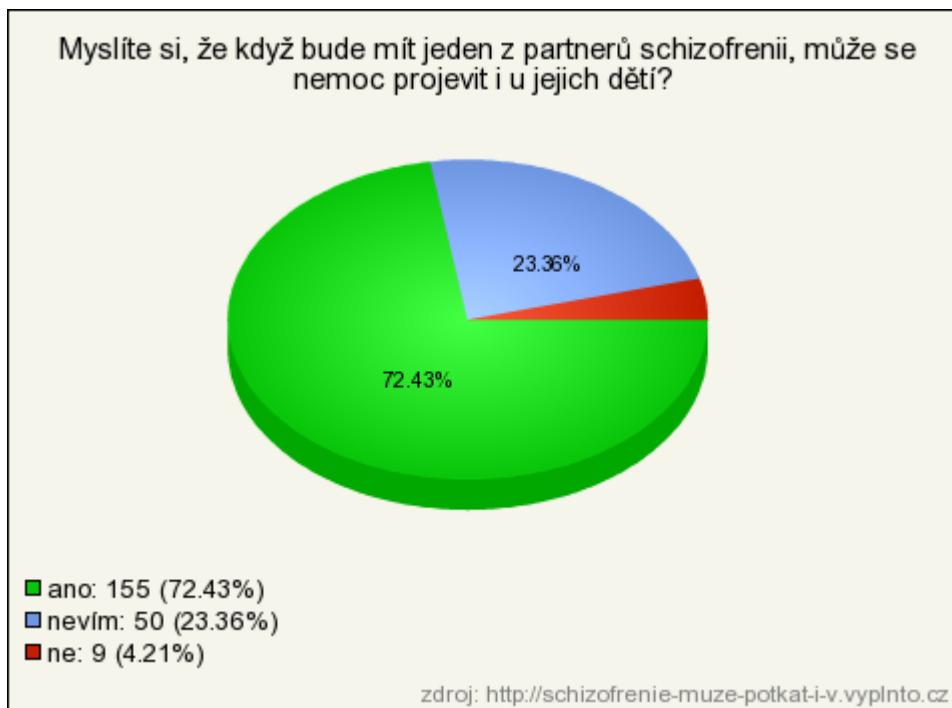


Pozn.: Na otázku č. 6 odpovídali pouze ti respondenti, kteří na otázku č. 5 odpovídali kladně. Z celkového počtu 97 kladných odpovědí 82% respondentů odpovědělo, že člověk se schizofrenií mluví zmateně, má změnu chování, myšlení, vnímání, popř. byly přítomny halucinace, bludy. 13% respondentů neví, jak se nemoc projevovala a nedokáže ji popsat, pouze 4 % si projevy nemocného již nepamatuje.

Tabulka č. 7

Otázka č. 7: Myslíte si, že když bude mít jeden z partnerů schizofrenii, může se nemoc projevit i u jejich dětí?	
Ano	155
Ne	9
Nevím	50

Graf č. 7



Pozn.: Celých 72% respondentů odpovědělo ano na otázku „Zda si myslí, že když bude mít jeden z partnerů schizofrenii, může se nemoc projevit i u jejich dětí?“ 23% respondentů odpovědělo, že neví a zbylé 4% odpověděli „ne“.

Tabulka č. 8

Otázka č. 8: Myslíte, že je správné ženit se/ vdávat se pokud je známo, že jeden z partnerů má schizofrenii?	
Ano, myslím si, že je to správné, každý má stejné právo na to být šťastný a žít spokojený partnerský život	154
Ne, myslím si, že to není správné a nemocní by se neměli ženit / vdávat se	10
Nevím, nedokážu tuto situaci posoudit	50

Graf č. 8

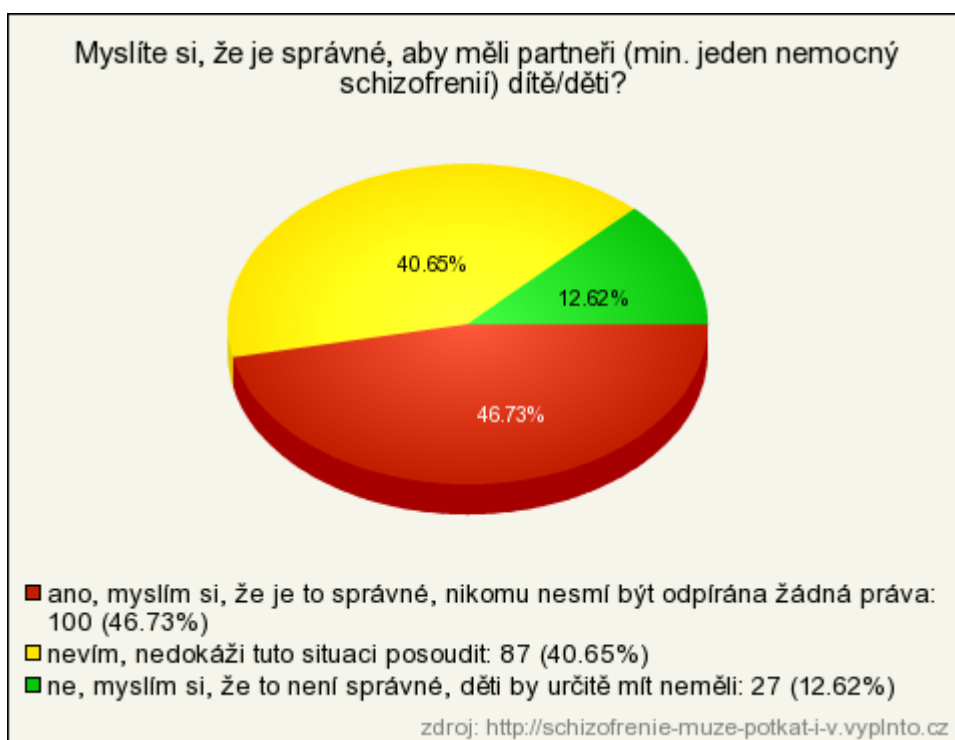


Pozn.: Na otázku č. 8 odpovědělo 72% respondentů, že je správné, aby se ženili/ vdávali lidé se schizofrenií. Podle těchto respondentů má každý stejné právo na to být šťastný, žít spokojený partnerský život. 23% dotázaných nevědělo, nedokázalo tuto situaci posoudit a zbylých 5% nepovažuje za správné, aby se nemocní ženili / vdávali se.

Tabulka č. 9

Otázka č. 9: Myslíte, že je správné, aby měli partneři (min. jeden nemocný schizofrenií) dítě/děti?	
Ano, myslím si, že je to správné, nikomu nesmí být odpírána žádná práva	100
Ne, myslím si, že to není správné, děti by určitě mít neměli	27
Nevím, nedokáži tuto situaci posoudit	87

Graf č. 9

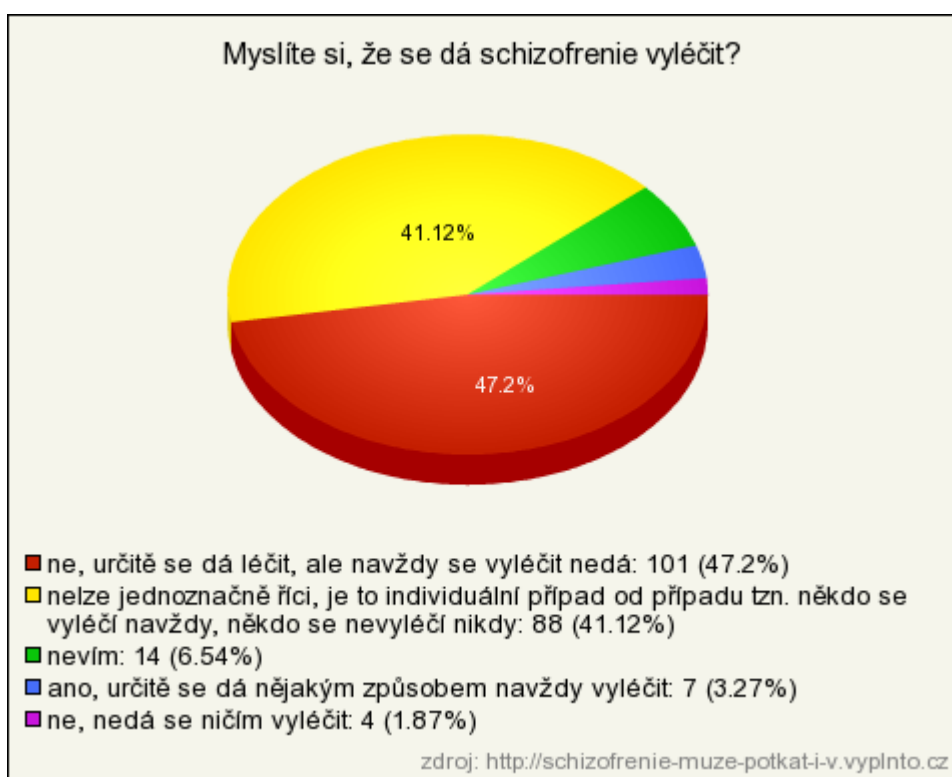


Pozn.: Necelá polovina dotazovaných, tedy 47%, si myslí, že je správné, aby měli partneři (alespoň jeden nemocný schizofrenií) dítě/děti, protože by jim neměla být odpírána žádná práva. 41% dotazovaných označilo odpověď: „Nevím nedokáži tuto situaci posoudit“. Dle zbylých 12% dotazovaných respondentů by schizofrenici mít děti určitě neměli.

Tabulka č. 10

Otázka č. 10: Myslíte si, že se dá schizofrenie vyléčit?	
Ano, určitě se dá nějakým způsobem navždy vyléčit	7
Ne, určitě se dá léčit, ale navždy se vyléčit nedá	101
Ne, nedá se ničím vyléčit	4
Nelze jednoznačně říci, je to individuální případ od případu tzn. někdo se vyléčí navždy, někdo se nevyлéčí nikdy	88
Nevím	14

Graf č. 10



Pozn.: *Necelá polovina respondentů, tj. 47%, na otázku č. 10 odpověděla, že schizofrenie se určitě dá léčit, ale navždy se vyléčit nedá. O něco méně respondentů, tedy 41%, odpovědělo, že nelze jednoznačně říci, protože se jedná o individuální případ od případu tzn. někdo se vyléčí navždy a někdo se nevyлéčí nikdy. 7% nevědělo. 3% respondentů věří, že se dá schizofrenie navždy vyléčit a zbylá 2% si myslí, že se schizofrenie nedá ničím vyléčit.*

Tabulka č. 11

Otázka č. 11: Myslíte si, že je při léčbě schizofrenie nutná medikace?	
Ano, myslím si, že je to jediný způsob, jak tuto nemoc mít pod kontrolou	183
Ne, léky nejsou pro tělo a zdraví dobré	10
Nevím	21

Graf č. 11



Pozn.: Na otázku, zda je při léčbě schizofrenie nutná medikace, odpovědělo 85% ano, neboť je to jediný způsob, jak tuto nemoc mít pod kontrolou. 10% dotázaných odpovědělo, že neví a zbylých 5% je přesvědčeno, že není nutná medikace, protože léky nejsou pro tělo a zdraví dobré.

Tabulka č. 12

Otázka č. 12: Myslíte, že je správné v případě ohrožení svého života nemocným nebo života nemocného schizofrenií použít „ochrannou léčbu“?	
Ano, považuji to za správné, protože nebude zničen nebo poškozen lidský život	153
Ne, nepovažuji to za správné, protože to považuji za omezování osobní svobody	18
Nevím, jak mám tuto situaci zhodnotit	43

Graf č. 12



Pozn.: Na otázku č. 12 odpovědělo 72% dotázaných respondentů, že považují za správné, použít v případě nutnosti ochrannou léčbu, protože nebude zničen nebo poškozen lidský život. 20% nevědělo, jak tuto situaci zhodnotit a zbývajících 8% respondentů to nepovažuje za správné, protože to považují za omezování osobní svobody.

Tabulka č. 13

Otázka č. 13: Víte, že existují Etické kodexy, podle kterých se musí jednotliví pracovníci v pomáhajících profesích (jako např. lékaři, psychologové, sociální pracovníci, aj.) řídit?	
Ano, vím že Etické kodexy existují a vím také, co obsahují	91
Ano, slyšel/a jsem, že existují, ale nevím, co obsahují	104
Ne, nikdy jsem o nich neslyšel/a	19

Graf č. 13



Pozn.: Na otázku č. 13, zda dotazovaní vědí o existenci Etických kodexů, podle kterých se pracovníci v pomáhajících profesích musí řídit, odpovědělo 49% respondentů, že o nich již slyšelo, ale nevědí co Etické kodexy obsahují. O něco málo respondentů, tj. 42% označilo odpověď: „ano, vím že Etické kodexy existují a vím také, co obsahují.“ Zbylých 9% odpovědělo, že o nich nikdy neslyšeli.

Tabulka č. 14

Otázka č. 14: <i>Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají stejná práva jako zdravý člověk?</i>	
Ano, myslím si, že mají stejná práva	145
Ne, určitě nemají, ale měli by mít stejná práva	19
Ne, určitě nemají a neměli by mít stejná práva	14
Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a	36

Graf č. 14



Pozn.: *Otázka: „Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají stejná práva jako zdravý člověk?“ Odpovědělo 68% dotazovaných: „Ano myslím si, že mají stejná práva.“ 17% nevědělo, protože nad tím nikdy nepřemýšlelo. 9% respondentů si myslí, že nemají stejná práva, ale měli by mít a zbývajících 6% odpovědělo, že lidé se schizofrenií nemají stejná práva jako zdravý člověk a ani by mít stejná práva neměli.*

Tabulka č. 15

Otázka č. 15: Slyšel/a jste již o Deklaraci práv duševně postižených lidí?	
Ano, slyšel/a jsem, vím také co Deklarace obsahuje	18
Ano, slyšel/a jsem, ale nevím, co obsahuje	52
Ne, nikdy jsem o ní neslyšel/a	144

Graf č. 15



Pozn.: Z celkového počtu respondentů na otázku č. 15 odpovědělo 67%, že neví o existenci Deklarace práv duševně postižených lidí, že o ní nikdy neslyšeli. 24% ví, že Deklarace existuje, ale neví, co obsahuje. Pouhých 18 respondentů (9%) odpovědělo, že o Deklaraci již slyšelo a také ví, co obsahuje.

Tabulka č. 16

Otázka č. 16: Myslíte si, že lze zbavit nebo omezit způsobilost k právním úkonům člověka se schizofrenií?	
Ano, určitě lze a myslím si, že by měl být omezen či zbaven způsobilosti každý člověk se schizofrenií	7
Ano, určitě lze, ale jen v určitých (odůvodněných) případech	162
Ne, nelze, považuji to za nesprávné, nikdo nesmí být ve své svobodě omezován či jí dokonce zbaven	20
Nevím	25

Graf č. 16

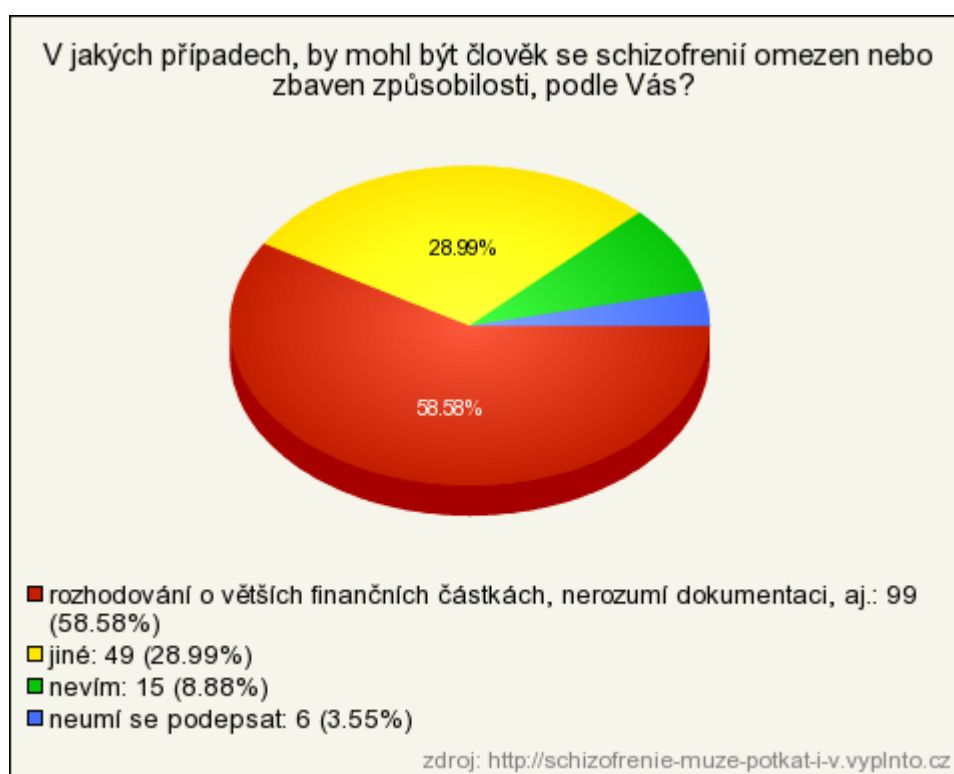


Pozn.: *Tři čtvrtiny dotazovaných (tj. 76%) na otázku č. 16 odpovědělo, že lze člověka se schizofrenií určitě omezit či zbavit způsobilosti k právním úkonům, ale jen v určitých odůvodněných případech. 12% neví, 9% si myslí, že nelze zbavit či omezit, protože to považuje za nesprávné, neboť nikdo by neměl být ve své svobodě omezován, či jí zbaven. Zbývající 3% respondentů si myslí, že lze omezit či zbavit způsobilosti a měl by být omezen či zbaven každý člověk se schizofrenií.*

Tabulka č. 17

Otázka č. 17: V jakých případech by mohl být člověk se schizofrenií omezen nebo zbaven způsobilosti, podle Vás?	
Rozhodování o větších finančních částkách, nerozumí dokumentaci, aj.	99
Neumí se podepsat	6
Jiné	49
Nevím	15

Graf č. 17

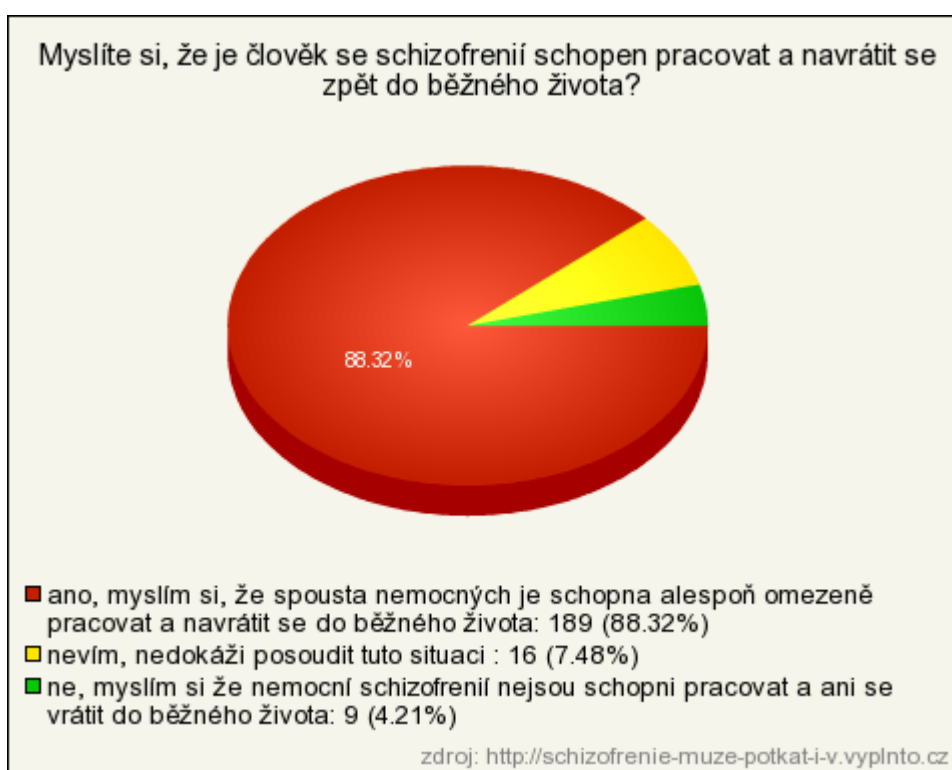


Pozn.: Na otázku č. 17 odpovídali pouze ti respondenti, kteří na otázku č. 16 odpovídali kladně. Z celkového počtu 169 kladných odpovědí 59% respondentů, tedy více jak polovina, odpověděla, že člověk se schizofrenií může být omezen či zbaven způsobilosti z hlediska rozhodování o větších finančních částkách nebo když nerozumí dokumentaci. 29% odpovědělo, že člověk se schizofrenií může být omezen či zbaven způsobilosti v jiných než uvedených případech. 15% dotazovaných nevědělo v jakých případech lze omezit či zbavit způsobilosti. A 3% respondentů uvedlo, že omezit či zbavit ve způsobilosti lze schizofrenika v případě, kdy se neumí podepsat.

Tabulka č. 18

Otázka č. 18: Myslíte si, že je člověk se schizofrenií schopen pracovat a navrátit se zpět do běžného života?	
Ano, myslím si, že spousta nemocných je schopna alespoň omezeně pracovat a navrátit se do běžného života	189
Ne, myslím si, že nemocní schizofrenií nejsou schopni pracovat a ani se vrátit do běžného života	9
Nevím, nedokáži posoudit tuto situaci	16

Graf č. 18



Pozn.: 88% dotázaných je u otázky č. 18 přesvědčeno, že člověk se schizofrenií je schopen alespoň omezeně pracovat a navrátit se do běžného života. 8% situaci nedokáže posoudit a zbylá 4% dotázaných si myslí, že lidé se schizofrenií nejsou schopni pracovat a ani se navrátit do běžného života.

IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY

Tabulka č. 19

Otázka č. 19: Jakého jste pohlaví?	
Muž	47
Žena	167

Graf č. 19

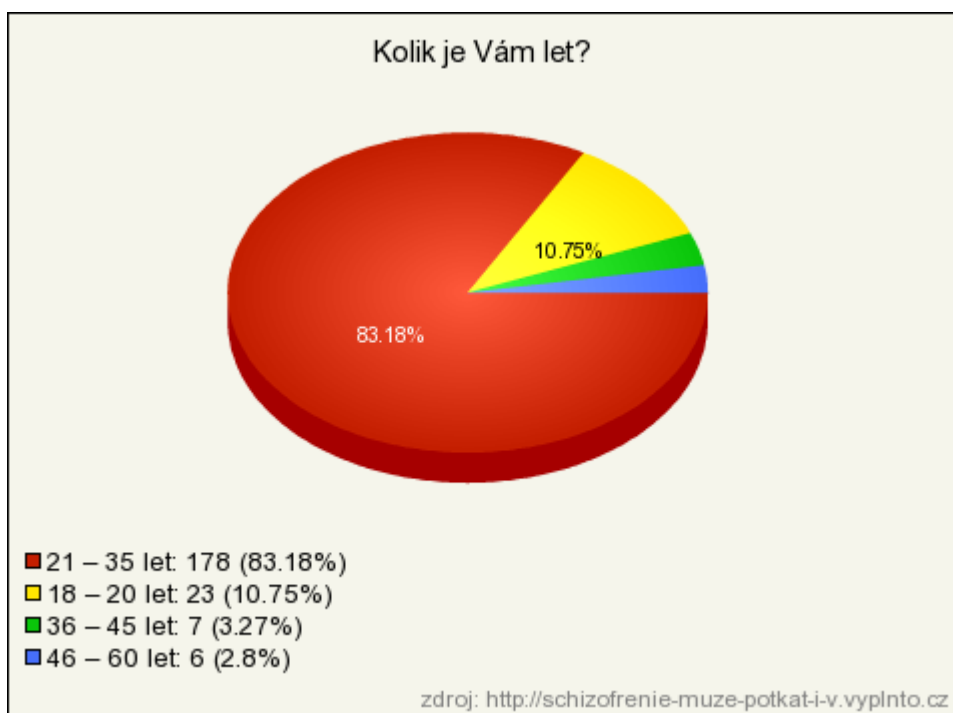


Pozn.: Z identifikační otázky vyplývá, že většina respondentů byly ženy, a to 78%. O tuto problematiku tedy projevily více zájem ženy. Zbývajících 22% byli muži.

Tabulka č. 20

Otázka č. 20: Kolik je Vám let?	
a) 18 – 20	23
b) 21 – 35	178
c) 36 – 45	7
d) 46 – 60	6
e) 61 – více	0

Graf č. 20



Pozn.: Z této druhé identifikační otázky vyplývá, že většina (83%) respondentů spadala do skupiny ranné (někdy označované jako časné, mladé) dospělosti. Jejich věk se tedy pohyboval od 21 – 35 let. 10 % dotazovaných byli adolescenti, tedy ve věku 18 – 20 let. Ostatní dotazovaní spadali do skupiny střední a starší dospělosti. Je zajímavé, že se nenašel žádný respondent z věkové skupiny 61 let a více.

Tabulka č. 21

Otázka č. 21: Jaké nejvyšší ukončené vzdělání máte?	
Základní	10
Střední odborné	16
Střední s maturitou	99
Vyšší odborné či vysokoškolské	89

Graf č. 21



Pozn.: Třetí identifikační otázka vypovídá o nejvyšším ukončeném vzdělání respondentů. Necelá polovina respondentů, tedy 46% mělo ukončenou střední školu s maturitou, hned poté byla velká skupina respondentů (42%) s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním. 7% respondentů mělo ukončené střední odborné vzdělání a zbývajících 5% mělo ukončené základní vzdělání. Na výzkumu se tedy podíleli respondenti s různým rozsahem vzdělání.

6.5 Diskuze – celkové shrnutí

V diskuzi jsou hodnoceny výsledky dotazníkového šetření, volně přístupného na internetu. Cílem výzkumu této práce bylo zjistit, jaké jsou všeobecné znalosti dospělé populace o schizofrenii. Dále bylo cílem výzkumu zjistit, jaké etické pohledy na

schizofrenii převažují, zejména zda je správné, aby lidé s onemocněním z oblasti schizofrenie vstupovali do manželství a zakládali rodinu.

Na počátku výzkumného šetření byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza č. 1: Dospělá populace má o schizofrenii dostatečné znalosti .

Hypotéza č. 2: Dospělá populace tvrdí, že je správné, aby se člověk se schizofrenií mohl oženit/provdát.

Hypotéza č. 3: Dospělá populace tvrdí, že není správné, aby lidé se schizofrenií měli dítě/děti.

Otázky v dotazníkovém šetření bylo reálně rozdělit do pěti tematických okruhů podle typu zaměření hypotéz. Do prvního okruhu spadaly otázky č. 1 – 7 a č. 10 – 12, které sloužily k potvrzení či vyvrácení hlavní hypotézy č. 1. Do druhého okruhu spadala otázka č. 8, která měla potvrdit/ vyvrátit hypotézu č. 2. Do třetího okruhu patřila otázka č. 9, která měla potvrdit/ vyvrátit hypotézu č. 3. Do čtvrtého okruhu patřily tzv. otázky doplňkové, tedy otázky č. 13 – 18, které měli dokreslit všeobecné znalosti dospělé populace o schizofrenii a jejich etické nahlížení na různé životní situace člověka s touto nemocí tak, aby dotazníkové šetření korespondovalo s částí teoretickou této diplomové práce. Do posledního pátého okruhu jsou zahrnuty otázky identifikační, tedy otázky č. 19 – 21. Identifikační otázky jsem záměrně umístila nakonec dotazníku, aby respondent tyto otázky neodradily hned na začátku výzkumného šetření.

Na výzkumu se podílelo 214 respondentů dospělé populace, z toho bylo *167 žen* a *47 mužů*. Z této identifikační otázky je tedy zřejmé, že se ženy o tuto problematiku zajímaly podstatně více než muži. Dotazovaní spadali zejména do věkové kategorie *21 – 35 let* (více jak tři čtvrtiny dotazovaných), tedy do ranné dospělosti. Nejvyšší ukončené vzdělání u respondentů převažovalo *střední s maturitou* či *vyšší odborné či vysokoškolské*. Jen malá část respondentů vykazovala ukončené vzdělání nižší. Věřím, že věk respondentů a zejména dosažené vzdělání velmi ovlivnilo výsledky mého šetření. Podle mého názoru je starší populace méně ochotná se učit novým věcem (např. sebevzdělávat se nebo vyhledat si informace např. o schizofrenii), protože ve svém věku to nepovažují již za tolik důležité, a ani dnešní uspěchaná doba nedovoluje se zastavit a obětovat svůj volný čas samostudiu. Kdežto mladá dospělá populace je stále více nucena, společenskými požadavky, se dále vzdělávat.

Vzhledem k tomu, že mého šetření se zúčastnili lidé z velké části „vzdělaní“, lze tedy podle mého názoru předpokládat, že jejich znalosti budou větší než u lidí s nižším vzděláním. Souhrnně lze říci, že skupina respondentů mohla být ovlivněna zejména

zvolenou formou mého dotazníkového šetření, protože jsem dotazník umístila na internetové stránky. Domnívám se, že na internetu dotazník vyplní spíše mladí lidé, protože mají v dnešní době mnoho možností trávit svůj (nejen volný) čas na internetu a je to pro ně rychlejší možnost vyplňování. Neztrácejí tak čas vyplňováním dotazníku „na ulici“. Kdežto starší populace mnohdy tolik volného času na internetu netráví nebo s internetem vůbec neumí. Věřím, že pokud by se dotazníkové šetření uskutečnilo „na ulici“, výsledky by byly velmi rozdílné. Myslím si, že i věková skupina respondentů by se lišila a nejvyšší dosažené vzdělání taktéž.

Na základě získaných informací se **hypotéza č. 1 potvrdila**. Dle výzkumných zjištění vyplývá, že většina dospělé populace má o schizofrenii dostatečné znalosti. Na otázku č. 1. „*Víte, co znamená pojem duševní onemocnění?*“ odpovědělo 156 respondentů (73%), z celkových 214, že ví, co znamená tento pojem a myslí si, že ho dokáže i definovat. Zbýlých 58 respondentů (27%), ví co znamená tento pojem, ale nedokáže ho definovat [více viz. Graf č. 1]. Na otázku č. 2. „*Víte, jak vzniká duševní onemocnění?*“ odpovědělo 205 respondentů, tj. 96%, že nezvládnutou stresovou situací, dědičností, aj. – souborem biologických a psychosociálních faktorů, zbylí respondenti označili jinou odpověď [více viz. Graf č. 2]. Z této odpovědi vyplývá, že 96% dotázaných zcela přesně ví, jak schizofrenie vzniká. Na otázku č. 3. „*Kdo se podle Vás může stát duševně nemocným?*“ odpovědělo 208 respondentů (97%), že tato nemoc může postihnout kohokoliv, v jakémkoliv věku [více viz. Graf č. 3]. Z otázky č. 3 vyplývá, že 97% dotázaných si uvědomuje, že schizofrenie může postihnout kdykoliv i je. Na otázku č. 4. „*Víte, co znamená pojem schizofrenie?*“ odpovědělo 135 respondentů (63%), že ví, co pojem znamená, a že si myslí, že tento pojem dokáže i definovat. Zbýlých 79 respondentů (37%) ví, co znamená pojem schizofrenie, již ho slyšeli, „něco“ si pod tím představí, ale nedokáže ho přesně definovat [více viz. Graf č. 4]. Otázka č. 5 „*Setkal/a jste se někdy s někým, kdo měl schizofrenii?*“ odpovědělo 97 respondentů (45%), tedy menší polovina z celkového počtu respondentů, že ano [více viz. Graf č. 5]. 45% dotázaných si tedy myslí, že se již s člověkem se schizofrenií setkali. Těchto 97 respondentů muselo zodpovědět další otázku, ostatní respondenti pokračovali na otázku č. 7. Na otázku č. 6 „*Jak se jeho nemoc projevovala?*“ odpovědělo 80 respondentů (z celkového počtu 97), tj. 83%, že dotyčný mluvil zmateně, byla zde výrazná změna chování, myšlení, vnímání, popř. byly přítomné halucinace, bludy. 13 dotázaných tuto situaci nedokázalo popsat a 4 dotazovaní si již nepamatují, jak se nemoc projevovala [více viz. Graf č. 6]. Z otázky č. 6 tedy vyplývá,

že ti dotazovaní, kteří jsou přesvědčeni o tom, že se již s člověkem, který měl schizofrenii, setkali, se s tímto člověkem opravdu setkali, protože 83% z nich bylo schopno bezpečně popsat projevy schizofrenie. Na otázku č. 7 „*Myslíte si, že když bude mít jeden z partnerů schizofrenii, může se nemoc projevit i u jejich dětí?*“ odpovědělo 155 dotazovaných, tj. 73%, že ano, 50 respondentů (23%) odpovědělo, že neví a zbylých 9 respondentů (4%) odpovědělo, že ne, že se nemoc nemůže projevit u jejich dětí [více viz. Graf č. 7]. Z otázky č. 7 je zřejmé, že 73% dotazovaných si je vědomo genetické zátěže u dětí, kteří mají min. jednoho z rodičů schizofrenika. Na otázku č. 10 „*Myslíte si, že se dá schizofrenie vyléčit?*“ odpovědělo 101 respondentů (47%), že se schizofrenie dá léčit, ale určitě se nedá navždy vyléčit, 88 respondentů (41%) odpovědělo, že nelze jednoznačně říci, je to individuální případ od případu tzn. někdo se vyléčí navždy a někdo se nevyléčí nikdy. Ostatní respondenti uvedli jiné odpovědi [více viz. Graf č. 10]. Z této otázky je tedy zřejmé, že skoro necelá polovina respondentů uvažuje, že schizofrenie je u každého člověka individuální a potřebuje tedy i individuální přístup (tzn. to co pomůže jednomu, nepomůže druhému) a tedy i možnost vyléčení je individuální a nelze jednoznačně říci, že tato nemoc je buď vyléčitelná nebo nevyléčitelná. Otázka č. 11 „*Myslíte si, že je při léčbě schizofrenie nutná medikace?*“ odpovědělo 183 respondentů (85%) ano, že si myslí, že je to jediný způsob jak mít tuto nemoc pod kontrolou, 21 dotázaných (10%) odpovědělo, že neví a zbývajících 10 respondentů, tj. 5% odpovědělo ne, protože léky nejsou pro tělo a zdraví dobré [více viz. Graf č. 11]. Z této otázky vyplývá, že většina respondentů si uvědomuje nutnost medikace, a že je to opravdu jediný způsob, jak mít tuto nemoc pod kontrolou. Avšak malé procento respondentů na situaci nahlíží tak, že léky nejsou pro tělo a zdraví dobré, což nelze popřít. Otázka č. 12 „*Myslíte si, že je správné v případě ohrožení svého života nemocným nebo života nemocného schizofrenií použít „ochrannou léčbu“?*“ odpovědělo 153 respondentů (72%) ano, že to považují za správné, protože nebude zničen či poškozen lidský život, 43 dotazovaných (20%) odpovědělo, že neví, jak má tuto situaci zhodnotit a zbylých 18 respondentů (8%) odpovědělo ne, že to nepovažují za správné, protože to považují za omezování osobní svobody [více viz. Graf č. 12]. Tato etická otázka ukazuje na rozdílnost názorů, i když převažuje skoro ze tří čtvrtin názor, že ochranná léčba je správná. V případě ohrožení jakéhokoliv života je opravdu nutná, o čemž jsem se přesvědčila ve své práci. Avšak těší mě, že alespoň 8% dotázaných považuje ochrannou léčbu jako omezování osobní svobody, což zajisté do jisté míry je. Nikdo nesmí být ve své svobodě omezován. Je zřejmé na místě si tedy klást otázku

„Omezení svobody?“ nebo „Zmaření či poškození lidského života?“ A co má tedy přednost před čím?

Na základě získaných informací se **hypotéza č. 2 potvrdila**. Dle výzkumných zjištění vyplývá, že většina dospělé populace tvrdí, že je správné, aby se člověk se schizofrenií mohl oženit/provdát. Na otázku č. 8. „*Myslíte si, že je správné ženit se/ vdávat se pokud je známo, že jeden z partnerů má schizofrenii?*“ odpovědělo 154 respondentů (72%), z celkového počtu 214 respondentů: „Ano, považuji to za správné, protože každý má stejné právo na to být šťastný a žít spokojený partnerský život.“ 50 dotázaných (tj. 23%) nedokázalo tuto situaci posoudit a zbylých 10 respondentů (5%) odpovědělo ne, že to nepovažují za správné a nemocní by se neměli ženit/ vdávat se. Z této eticky položené otázky je zřejmé, že skoro tři čtvrtě dotazovaných si myslí, že je správné ženit se a vdávat se, že nemoc není natolik omezující, aby muselo odpírat lidské bytosti právo na šťastný a partnerský život.

A podle mne, nikomu nemůže být odpíráno toto právo, alespoň podle LZPS a rodinného práva.

Na základě získaných informací se **hypotéza č. 3 nepotvrdila**. Dle výzkumných zjištění vyplývá, že většina dospělé populace tvrdí, že není správné, aby lidé se schizofrenií měli dítě/ děti. Na otázku „*Myslíte si, že je správné, aby měli partneři (min. jeden nemocný schizofrenií) dítě/děti?*“ Odpovědělo 100 dotázaných, tedy 47%, že si myslí, že je to správné, protože nikomu nesmí být odpírána žádná práva. 87 respondentů (41%) odpovědělo, že neví, že tuto situaci nedokáží posoudit. Zbývajících 27 respondentů (12%) odpovědělo, že to není správné a proto by mít dítě/ děti neměli. Odpovědi u této otázky mne velmi překvapily, protože jsem v tomto případě počítala s větší diskriminací. Tedy že, „právo mít děti“ bude většina respondentů posuzovat u schizofreniků jako nesprávné. Naopak skoro polovina respondentů si myslí, že je toto jednání správné. Podle mého názoru však musí být vždy situace posouzena individuálně s lékařem.

Doplňkové otázky – Na otázku č. 13 „*Víte, že existují Etické kodexy, podle kterých se musí jednotliví pracovníci v pomáhajících profesích (jako např. lékaři, psychologové, sociální pracovníci, aj.) řídit?*“ odpovědělo 104 respondentů (49%) že ví, že existují, ale neví, co obsahují. 91 respondentů (42%) odpovědělo, že ví, že existují a dokonce vědí i co obsahují. 19 respondentů (9%) dotázaných nikdy o Etických kodexech neslyšelo. Z této otázky tedy vyplývá, že povědomí o Etických kodexech je velmi velké, jen zanedbatelné procento dotázaných o nich nikdy neslyšelo.

Na otázku č. 14 „*Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají stejná práva jako zdravý člověk?*“ odpovědělo 145 respondentů (68%) ano, že si myslí, že lidé se schizofrenií mají stejná práva. 36 respondentů (17%) nikdy nad touto otázkou nepřemýšlelo, 19 respondentů (9%) si myslí, že určitě nemají, ale měli by mít stejná práva a 14 respondentů (6%) odpovědělo, že nemají stejná práva a neměli by mít. Z této otázky je zřejmé, že většina dotázaných si myslí, že lidé se schizofrenií mají stejná práva jako zdraví lidé. Pouze 9% si myslí, že stejná práva nemají, ale měli by mít. A dokonce se objevila i, podle mého názoru, diskriminační odpověď, že nemají stejná práva a ani by mít neměli. Ze své praxe vím, že mnoho lidí se schizofrenií nemá stejná práva jako zdravý člověk, ale určitě by je mít měli. Nikomu nesmí být odpírána žádná práva, alespoň z hlediska LZPS a Deklarace práv duševně postižených lidí.

Na otázku č. 15 „*Slyšel/a jste již o Deklaraci práv duševně postižených lidí?*“ odpovědělo 144 dotázaných (67%), že o ní nikdy neslyšelo, 52 respondentů (24%) o ní slyšelo, ale neví, co obsahuje, a zbývajících 18 respondentů (9%) o ní slyšelo a ví také, co obsahuje. Z odpovědí na tuto otázku jsem byla velmi zklamaná, protože více jak polovina dotázaných nikdy o Deklaraci neslyšela, dalších 24% o ní sice slyšeli, ale neví, co obsahuje, takže tato odpověď se, z mé strany, přiklání k hodnocení o velmi malém povědomí o Deklaraci práv duševně postižených lidí.

Na otázku č. 16 „*Myslíte si, že lze zbavit nebo omezit způsobilost k právním úkonům člověka se schizofrenií?*“ odpovědělo 162 respondentů (76%), tedy více jak tři čtvrtiny, že ano, ale jen v některých opodstatněných důvodech. 25 respondentů (12%) nevědělo, 20 respondentů (9%) odpovědělo ne, protože to považují za omezování či dokonce zbavení osobní svobody a zbývajících 7 respondentů (3%) odpovědělo, opět podle mne diskriminační odpovědí, že ano a každý člověk se schizofrenií by měl být buď omezen, nebo zbaven způsobilosti. Více jak tři čtvrtiny, podle mého názoru, vidí tuto situaci „reálně“, tedy, že existují případy, kdy musí být člověk se schizofrenií omezen či zbaven způsobilosti. Někteří to považují za omezování či zbavení osobní svobody, což je nepopíratelně v rozporu se zákonem. Nikdo nesmí být ve své svobodě omezován. Ale opět ze své praxe vím, že v některých případech je omezení či zbavení způsobilosti tím nejlepším možným řešením. Velmi mne překvapilo, že se objevila i „diskriminační odpověď“. Zřejmě si dotyčný nedokáže představit, že by se ve stejné situaci mohl objevit jednou on sám.

Na otázku č. 17 odpovídali pouze ti respondenti, kteří odpověděli kladně na předchozí otázku, ostatní respondenti odpovídali až na otázku č. 18. Na tuto otázku

„V jakých případech by mohl být člověk se schizofrenií omezen nebo zbaven způsobilosti, podle Vás?“ odpovědělo 99 respondentů (59%), z celkových 169 respondentů, že může být omezen či zbaven v určitých situacích jako např. rozhodování o větších finančních částkách nebo nerozumí dokumentaci. 49 respondentů (29%) uvedlo, že v jiných než výše vypsanych důvodech, ostatní respondenti zvolili jinou odpověď. Z této otázky vyplývá, že respondenti mají reálnou představu o tom, v jakých případech může být člověk se schizofrenií omezen či zbaven způsobilosti.

Poslední doplňková otázka č. 18 zněla: *„Myslíte si, že je člověk se schizofrenií schopen pracovat a navrátit se zpět do běžného života?“* Na tuto otázku většina, tedy 189 respondentů (88%) odpověděla, že ano, že spousta nemocných je schopna alespoň omezeně pracovat a navrátit se tak do běžného života. 16 respondentů (8%) nedokázalo tuto situaci posoudit a zbylých 9 respondentů (4%) si myslí, že nemocní se schizofrenií nejsou schopni pracovat a ani se navrátit do běžného života. Tuto otázku většina respondentů hodnotí, podle mne, reálným pohledem, tím, že věří, že je člověk se schizofrenií schopen alespoň omezeně pracovat a navrátit se do běžného života. Ze své praxe vím, že někteří lidé jsou schopni velmi dobře pracovat alespoň na zkrácený úvazek v chráněné dílně, ale je i mnoho takových, kteří pracují opět na volném trhu práce (na zkrácený či plný úvazek) a velmi dobře se adaptovali a navrátili do běžného života. Ale jsou i takoví, kteří jsou nezaměstnatelní již několik let, a jejichž budoucnost není v tomto směru pozitivní, a prozatím zůstávají i v dospělosti závislími na svých blízkých příbuzných či jiných pečujících osobách.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala problematikou schizofrenie. Cílem bylo zaměřit se na její sociální, etické a psychologické aspekty, o což jsem se pokusila v části teoretické.

V části teoretické jsem vymezila pojem duševní onemocnění, etapy rozvoje duševního onemocnění a pojetí nemoci duše v dějinách. Dále jsem vymezila pojem schizofrenie, její příčiny vzniku, příznaky a projevy, diagnostika a typy schizofrenie a také její průběh a prognózu. Také jsem se zaměřila na psychiatrické a sociální hledisko této nemoci. A v neposlední řadě jsem se také zabývala Etickými kodexy jednotlivých oborů, působících v pomáhajících profesích. Jednotlivé kapitoly jsem se snažila vždy obohatit z hlediska psychologie a etiky.

V praktické části jsem se orientovala na výzkumné šetření, kde byl použit kvantitativní výzkum s dotazníkovou metodou. Výzkumný vzorek musel být starší 18-ti let. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké etické pohledy u dospělé populace na schizofrenii převažují, zejména zda je správné, aby lidé s onemocněním z oblasti schizofrenie vstupovali do manželství a zakládali rodinu.

Z výzkumu tedy vyplývá, že většina dospělé populace má dostatek informací o schizofrenii. Převažuje názor, že je správné, aby se lidé se schizofrenií mohli ženit/vdávat, a že je správné, aby měli dítě/ děti, protože každý má právo na šťastný spokojený partnerský a rodinný život. Velmi mne překvapilo, že nepřevažují diskriminační názory zejména u otázky, zda by měli mít schizofrenici děti.

U etických otázek se našlo jen velmi malé procento lidí, kteří diskriminovali skupinu lidí se schizofrenií. A to v souvislosti s odpověďmi na určité otázky. Diskriminující profil by tedy vypadal: schizofrenik by se neměl oženit, neměl by mít děti, neměl by mít stejná práva jako zdravý člověk, měl být omezen nebo zbaven způsobilosti k právním úkonům, neměl by pracovat, protože toho není schopen a není schopen se ani navrátit do běžného života. Tento pohled je opravdu velmi diskriminující, když si člověk představí, že by se náhle stal schizofrenikem a jeho život by byl poté ovlivněn těmito omezeními. Bylo by zřejmě přínosné vyhodnotit dotazník znovu u těchto etických otázek, po zveřejnění odpovědí respondentům, zda by znovu odpověděli stejně či ne. Z dotazníkového šetření však vyplynulo, že u většiny dospělé populace převažují názory nediskriminující.

Psaní této práce pro mne bylo velkým přínosem, protože jsem si utřídila své dosavadní znalosti, promítla si je do své praxe a v rámci výzkumu zjistila, že dospělá populace je dobře informována o duševním onemocnění, respektive schizofrenii. Dostatečnou znalost o schizofrenii považuji zároveň jako prevenci. A pokud má člověk dostatečné znalosti, může snadněji předcházet duševnímu onemocnění nebo může snadněji pochopit situaci svého blízkého, který se náhle stane duševně nemocným. Snadněji pomůže druhému, protože před onemocněním nebude zavírat oči, ale pokusí se onemocnění co nejdříve „podchytit“ a léčit a bude tak větší šance na vyléčení. Výsledky výzkumu shledávám jako velmi přínosné, protože nikdo z běžné populace nemůže dopředu vědět, zda nebude on ten další, kdo bude potřebovat odbornou pomoc.

Seznam použitých zdrojů

1. ALANEN, Y. O. *Schizophrenia: It's origins and need-adapted treatment*. London: Karnac, 1997. ISBN nevedeno.
2. ASOCIACE KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ *Etický kodex Asociace klinických psychologů* [online] (c) nevedeno, aktualizováno 2006, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na www: <<http://www.akpcr.cz/content/view/12/50/>>.
3. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA *Etický kodex České lékařské komory* [online] (c) nevedeno, aktualizováno 2010, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na www: <[http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do\[load\]=1&filterCategory.id=9](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do[load]=1&filterCategory.id=9)>.
4. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. 2. rozš. vyd. Praha: MAXDORF, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1.
5. DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
6. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: MAXDORF, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.
7. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
8. ENGLISH, H. B., ENGLISH, A. V. *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*. New York: David McKay Company, 1966. ISBN nevedeno.
9. FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie*. Praha: FOKUS Praha, rok neveden. ISBN nevedeno.
10. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
12. HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2009. ISBN 978-80-903640-4-2.
13. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

14. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Baobab, 2006. ISBN neuvedeno.
15. JŮN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.
16. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 3. rozšíř. a doplň. vyd. Praha: SPN, 2010. ISBN 978-80-7235-446-7.
17. KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. 3. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-314-3.
18. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
21. LINDSAY, G., KOENE, C. a kol. *Etika pro evropské psychology*. Praha: TRITON, 2010. ISBN 978-80-7387-415-5.
22. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
23. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0737-3.
24. MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: Otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde Praha, 2010. ISBN 978-80-7201-801-7.
25. MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům*. Brno: Liga lidských práv, 2009. ISBN 978-80-903473-6-6.
26. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
27. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
28. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
29. MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-992-5.

30. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY *Sbírka zákonů* [online] (c) 2010, aktualizováno 2011, [cit. 2011-02-11]. Dostupné na [www: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1964/sb19-64.pdf>](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1964/sb19-64.pdf).
31. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY *Sbírka zákonů* [online] (c) 2010, aktualizováno 2011, [cit. 2011-02-11]. Dostupné na [www: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb166-01.pdf>](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb166-01.pdf).
32. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY *Sbírka zákonů* [online] (c) 2010, aktualizováno 2011, [cit. 2011-02-19]. Dostupné na [www: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb143-04.pdf>](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb143-04.pdf).
33. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY *Sbírka zákonů* [online] (c) 2010, aktualizováno 2011, [cit. 2011-02-11]. Dostupné na [www: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2008/sb041-08.pdf>](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2008/sb041-08.pdf).
34. NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.
35. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
36. *Občanský zákoník a související předpisy*. Úplné znění. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-575-1.
37. ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-486-1.
38. PAVLÍK, J. *Deklarace práv duševně postižených lidí* [online] (c) 2008, aktualizováno 2008, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=59>](http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=59).
39. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. eds. *Psychózy: Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
40. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-423-3.
41. SAGIT *Zákon č. 108 o sociálních službách* [online] (c) 1996-2011, [cit. 2011-03-17]. Dostupné na [www: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r).
42. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků* [online] (c) nevedeno, aktualizováno 2010, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=ssp&lang=cz>](http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=ssp&lang=cz).

43. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR *Mezinárodní etický kodex* [online] (c) neuvedeno, aktualizováno 2010, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na www: <<http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>>.
44. SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
45. TOUŠKOVÁ, M. *Skripta poradce*. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2006. ISBN neuvedeno.
46. *Ústava ČR Listina základních práv a svobod*. Úplné znění. Ostrava: Sagit, 2006. ISBN 80-7208-587-5.
47. VACEK, J. *O nemocech duše*. Praha: Mladá Fronta, 1996. ISBN 80-204-0535-6.
48. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšř. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
49. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.
50. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. [Eds.] *Sociální psychologie*. 2 přeprac.a rozšř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.
51. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-666-X.

Seznam zkratk

AD – antidepresiva (kapitola 3.1.1 Biologická léčba; pozn. pod čarou č. 160)

LZPS – Listina základních práv a svobod (kapitola 6.5 Diskuze – celkové shrnutí)

Seznam příloh

Příloha č. I.	Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR
Příloha č. II.	Etický kodex Asociace klinických psychologů
Příloha č. III.	Etický kodex České lékařské komory
Příloha č. IV.	Deklarace práv duševně postižených lidí
Příloha č. V.	Částečné omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům
Příloha č. VI.	Dotazníkové šetření

Příloha č. I.

„Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR“³²²

1. Etické zásady

1. 1. „Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.“

1. 2. „Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.“

1. 3. „Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.“

1. 4. „Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.“

1.5. „Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.“

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. „Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.“

2. 1. 2. „Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.“

³²² SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků* [online] (c) neuvedeno, aktualizováno 2010, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz>](http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=sspcr&lang=cz).

2. 1. 3. „Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.“

2. 1. 4. „Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.“

2. 1. 5. „Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.“

2. 1. 6. „Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.“

2. 1. 7. „Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.“

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2. 2. 1. „Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.“

2. 2. 2. „V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.“

2. 2. 3. „Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.“

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. „Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.“

2. 3. 2. „Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.“

2.3.3. „Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.“

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. „Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.“

2. 4. 2. „Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.“

2. 4. 3. „Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.“

2. 4. 4. „Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.“

2. 4. 5. „Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.“

2. 4. 6. „Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.“

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. „Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.“

2. 5. 2. „Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.“

2. 5. 3. „Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.“

2. 5. 4. „Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.“

2. 5. 5. „Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.“

2. 5. 6. „Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.“

Etické problémové okruhy

„Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech. Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.“

A. Základní etické problémy jsou

„kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace), - kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení, - kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití, - kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci“

B. Další problémové okruhy,

„které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů - při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta, - při konfliktu klienta a jiného občana, - při konfliktu mezi institucí či organizací

a skupinou klientů, - při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností, - při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.“

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

„který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.“

Postupy při řešení etických problémů

1. „Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost: diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.“

2. „Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.“

3. „Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.“

„Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.“

Příloha č. II.

„Etický kodex Asociace klinických psychologů“³²³

prosinec 1998

„Etický kodex Asociace klinických psychologů slouží k ochraně klienta před poškozením v důsledku nevhodně použitých psychologických postupů.“

„Etický kodex je podkladem pro řešení sporných otázek, vzniklých ve vztahu klinického psychologa a klienta, resp. klinického psychologa a jiného odborného pracovníka.“

„Etický kodex je závazný pro všechny členy Asociace klinických psychologů.“

§ 1 obecné zásady

1. „Povinností klinického psychologa – člena AKP (dále jen klinického psychologa) je pečovat o duševní zdraví v nejširším slova smyslu a to u jednotlivce, rodiny a jiné skupiny v souladu se zásadami lidskosti a v duchu úcty ke každému člověku, s ohledem na jeho důstojnost a jedinečnost, bez jakékoliv diskriminace. Aktivity a zákroky, které by s tímto byly v rozporu, nesmí přímo ani nepřímo iniciovat, či se na nich podílet.“
2. „Klinický psycholog je povinen znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon jeho povolání a dodržovat je.“

§ 2 klinický psycholog a výkon povolání

1. „Klinický psycholog v rámci své odborné způsobilosti a v souladu s aktuálním stavem poznání v psychologii svobodně volí a provádí ty preventivní, psychodiagnostické, psychoterapeutické a rehabilitační úkony, které pro klienta považuje za nejvhodnější. Nesmí doporučovat a provádět odborné úkony z důvodů zjištěných a v situaci vlastní podjatosti.“
2. „Klinický psycholog má právo odmítnout péči o klienta z odborných, pracovních, nebo osobních důvodů. V případě, že klienta odmítne, navrhně mu jinou formu péče.“

³²³ ASOCIACE KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ *Etický kodex Asociace klinických psychologů* [online] (c) neuvedeno, aktualizováno 2006, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://www.akpcr.cz/content/view/12/50/>](http://www.akpcr.cz/content/view/12/50/).

3. „Klinický psycholog je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s psychologickou činností a které se vztahují ke klientovi. Této povinnosti jej může zbavit pouze klient, nebo jeho zákonný zástupce písemným prohlášením. I v tomto případě je však klinický psycholog povinen zvážit zachování mlčenlivosti, pokud je to v zájmu klienta. Smrt klienta nezprošťuje klinického psychologa této povinnosti. Tím nejsou dotčena příslušná ustanovení trestního řádu a povinnost vypovídat před orgány činnými v trestním řízení.“
4. „Klinický psycholog, který vykonává své povolání, je povinen se dále odborně vzdělávat tak, aby byl způsobilý poskytovat svou péči kvalifikovaně.“
5. „Klinický psycholog je povinen při výkonu svého povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci ve smyslu platných předpisů. Je povinen zabezpečit její ochranu před event. zničením, zcizením nebo zneužitím.“
6. „Klinický psycholog je povinen adekvátně používat psychodiagnostické metody k odbornému posouzení psychického stavu klienta. Je povinen zabránit jejich zneužití nebo zveřejnění.“
7. „Klinický psycholog je povinen věnovat patřičnou pozornost vyhotovení odborných psychologických zpráv, posudků, potvrzení a doporučení. Údaje v nich obsažené musí souhlasit se skutečností, být formulovány přesně a nedvojznačně a musí dostát formálním nárokům.“
8. „Klinický psycholog má rozpoznat hranice svých kompetencí. V případě konfliktu zájmů mají prioritu etické principy v zájmu klienta. Není etické využívat pracoviště, kde je zaměstnán, pro získávání klientů pro vlastní soukromou praxi. Úvahy o finančním zisku nesmí převažovat nad odbornými a humánními hledisky.“
9. „Klinický psycholog by se měl zdržet všech nedůstojných aktivit, které se přiči vážnosti psychologického povolání.“

§ 3 klinický psycholog a klient

1. „Klinický psycholog musí vykonávat své povolání podle svého nejlepšího vědomí a svědomí a mít na paměti nejlepší prospěch svého klienta. Klientovi ručí za odpovědnou a svědomitou péči. V případě potřeby předá informace o náležitých opatřeních, která zdravotní a psychický stav klienta vyžaduje. Nestačí-li jeho kvalifikace, doporučí klienta do péče jiného odborníka.“

2. „Klinický psycholog respektuje klienta jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi, včetně jeho zodpovědnosti za své zdraví.“
3. „Klinický psycholog je povinen srozumitelně informovat klienta, nebo jeho zodpovědného zástupce o povaze problému, o zamýšlených odborných postupech, o prognóze a dalších důležitých okolnostech. Nepříznivé informace citlivě zvažuje. Zdržení informací o nepříznivé prognóze je záležitostí odborně podložené úvahy a svědomí klinického psychologa.“
4. „Klinický psycholog nesmí jakýmkoliv způsobem zneužívat ve vztahu ke klientovi jeho důvěru a závislost.“

§ 4 vztahy mezi klinickými psychology a jinými odborníky

1. „Klinický psycholog je povinen konstruktivně spolupracovat s těmi psychology a jinými odborníky, kteří následně vyšetřují a léčí stejného klienta. Předává-li z odůvodněných příčin klienta jinému odborníkovi, pak jej, po vydání klientova písemného souhlasu, může informovat o dosavadním průběhu péče.“
 2. „Klinický psycholog musí svoji práci vykonávat osobně. Zastupován může být jen dočasně a to psychologem splňujícím potřebné odborné předpoklady.“
- „Klinický psycholog spolupracuje se zdravotnickými, školskými a dalšími odborníky. Musí respektovat jejich kompetenci a seznamovat se s jejich odbornými postupy.“

Příloha č. III.

„Etický kodex České lékařské komory“³²⁴

§ 1 Obecné zásady

1. „Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.“
2. „Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.“
3. „Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.“
4. „Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.“
5. „Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.“

§ 2 Lékař a výkon povolání

1. „Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).“
2. „Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.“
3. „Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.“
4. „Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo

³²⁴ ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA *Etický kodex České lékařské komory* [online] (c) neuvedeno, aktualizováno 2010, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do\[load\]=1&filterCategory.id=9>](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=285&do[load]=1&filterCategory.id=9).

je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.“

5. „Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.“
6. „Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.“
7. „Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“
8. „U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.“
9. „Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.“
10. „Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.“
11. „Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.“
12. „Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.“
13. „Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.“
14. „Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.“
15. „Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.“
16. „Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých

důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.“

17. „Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.“
18. „Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.“

§ 3 Lékař a nemocný

1. „Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.“
2. „Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.“
3. „Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.“
4. „Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.“
5. „Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.“

§ 4 Vztahy mezi lékaři

1. „Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence a přiznáním práva na odlišný názor.“
2. „Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.“

3. „Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.“
4. „Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.“
5. „Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně, a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.“

§ 5 Lékař a nelékař

1. „Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.“
2. „Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.“

Závěrečná ustanovení

§ 6 Účinnost

1. „Tento Stavovský předpis č. 10 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 1. 1. 1996.“
2. „Tento Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory byl novelizován rozhodnutím představenstva ČLK dne 22. 6. 2007 a nabývá účinnosti dne 22. 7. 2007.“

Příloha č. IV.

„Deklarace práv duševně postižených lidí“³²⁵

„Vydalo: Valné shromáždění OSN - 20. prosince 1971

1. „Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.“
2. „Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.“
3. „Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard.“
4. „Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život.“
5. „Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.“
6. „Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním.“
7. „Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití.“

³²⁵ PAVLÍK, J. *Deklarace práv duševně postižených lidí* [online] (c) 2008, aktualizováno 2008, [cit. 2011-01-07]. Dostupné na [www: <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=59>](http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=59).

Příloha č. V.

„Částečné omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům“³²⁶

„Je-li člověk **omezen ve způsobilosti k právním úkonům**, znamená to pro něj podle zákona o rodině toto:

6.4 automaticky ztrácí tzv. rodičovskou zodpovědnost, tj. souhrn práv a povinností rodičů

6.4.1 při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj

6.4.2 při zastupování nezletilého dítěte

6.4.3 při správě jeho jmění

6.5 nemůže být osvojitelem

6.6 může uzavřít manželství jenom se souhlasem soudu“

„Soud nemůže omezit způsobilost k právním úkonům člověka v těchto oblastech:

- a) procesní úkony, tj. úkony spočívající v jednání před státními orgány, orgány státní správy a územní samosprávy
- b) volební právo
- c) rodinné právo
- d) právo držet nebo nosit u sebe zbraň nebo střelivo, řídit motorové vozidlo“

„**Zbavení způsobilosti k právním úkonům** pro člověka s postižením znamená následující:

- a) automaticky ztrácí tzv. rodičovskou zodpovědnost, tj. souhrn práv a povinností rodičů
 - při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj,
 - při zastupování nezletilého dítěte,
 - při správě jeho jmění,
 - nemůže být osvojitelem,
 - nemůže uzavřít manželství,
 - nemůže pořídit závěť,
 - nemůže sám uzavřít pracovní smlouvu,
 - automaticky ztrácí volební právo,
 - nemůže sám zahájit žádné řízení kromě řízení o způsobilosti k právním

³²⁶ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům*, s. 15.

úkonům.“

Příloha č. VI.

Dotazníkové šetření

Dobrý den,

chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který se zabývá Vašimi znalostmi a pohledy na duševní onemocnění, respektive na schizofrenii. Výsledky budou souhrnně použity pro Diplomovou práci na téma „*Sociální, etické a psychologické aspekty práce s lidmi se schizofrenií.*“

Prosím vyberte odpověď, která je nejpravdivější. Uveďte vždy jen jednu odpověď. Žádnou otázku ani položku v dotazníku nevynechávejte. Prosím o vyplnění dotazníku pouze osoby dosahující věku 18 let a výše.

Předem děkuji za Vaši spolupráci. Petra Žižková

1. Víte, co znamená pojem duševní onemocnění?

- a) ano, vím, co znamená tento pojem a myslím si, že ho mohu definovat**
- b) ano, vím, co znamená, ale nedokáži ho definovat**
- c) ne, nevím**

2. Víte, jak vzniká duševní onemocnění?

- a) pouze jako důsledek jiné nemoci např. chřipky**
- b) pouze na základě psychologických příčin a konfliktů – tzn. dědičnost**
- c) nezvládnutou stresovou situací, dědičností, aj. – souborem biologických a psychosociálních faktorů**
- d) nevím**

3. Kdo se podle Vás může stát duševně nemocným?

- a) pouze ten, kdo k tomu má vrozené dispozice**
- b) tato nemoc může postihnout kohokoliv, v jakémkoliv věku**
- c) nevím**

4. Víte, co znamená pojem schizofrenie?

- a) ano, vím, a myslím si, že dokáži tento pojem přesně definovat**
- b) ano, vím, již jsem ho slyšel/a, “něco” si pod tím představím, ale nedokáži ho nyní přesně definovat**

c) **ne, nikdy jsem toto slovo neslyšel/a**

5. Setkal/a jste se někdy s někým, kdo měl schizofrenii?

a) **ano**

b) **ne**

c) **nevím**

V případě, že jste odpověděl/a ano, prosím odpovězte na ot. č. 6. Jinak prosím pokračujte na ot. č. 7.

6. Jak se jeho nemoc projevovala?

a) **dotyčný mluvil/a zmateně, byla zde výrazná změna chování, myšlení, vnímání, popř. byly přítomné halucinace, bludy**

b) **nevím, nedokáži to popsat**

c) **nevím, již si to nepamatuji**

7. Myslíte si, že když bude mít jeden z partnerů schizofrenii, může se nemoc projevit i u jejich dětí?

a) **ano**

b) **ne**

c) **nevím**

8. Myslíte si, že je správné ženit se/ vdávat se pokud je známo, že jeden z partnerů má schizofrenii?

a) **ano, myslím si, že je to správné, každý má stejné právo na to být šťastný a žít spokojený partnerský život**

b) **ne, myslím si, že to není správné a nemocní by se neměli ženit / vdávat se**

c) **nevím, nedokáži tuto situaci posoudit**

9. Myslíte si, že je správné, aby měli partneři (min. jeden nemocný schizofrenií) dítě/děti?

a) **ano, myslím si, že je to správné, nikomu nesmí být odpírána žádná práva**

b) **ne, myslím si, že to není správné, děti by určitě mít neměli**

c) **nevím, nedokáži tuto situaci posoudit**

10. Myslíte si, že se dá schizofrenie vyléčit?
- a) ano, určitě se dá nějakým způsobem navždy vyléčit
 - b) ne, určitě se dá léčit, ale navždy se vyléčit nedá
 - c) ne, nedá se ničím vyléčit
 - d) nelze jednoznačně říci, je to individuální případ od případu tzn. někdo se vyléčí navždy, někdo se nevyléčí nikdy
 - e) nevím
11. Myslíte si, že je při léčbě schizofrenie nutná medikace?
- a) ano, myslím si, že je to jediný způsob, jak tuto nemoc mít pod kontrolou
 - b) ne, léky nejsou pro tělo a zdraví dobré
 - c) nevím
12. Myslíte si, že je správné v případě ohrožení svého života nemocným nebo života nemocného schizofrenií použít ochrannou léčbu?
- a) ano, považuji to za správné, protože nebude zničen nebo poškozen lidský život
 - b) ne, nepovažuji to za správné, protože to považuji za omezování osobní svobody
 - c) nevím, jak mám tuto situaci zhodnotit
14. Víte, že existují Etické kodexy, podle kterých se musí jednotliví pracovníci v pomáhajících profesích (jako např. lékaři, psychologové, sociální pracovníci, aj.) řídit?
- a) ano, vím, že Etické kodexy existují a vím také, co obsahují
 - b) ano, slyšel/a jsem, že existují, ale nevím, co obsahují
 - c) ne, nikdy jsem o nich neslyšel/a
15. Myslíte si, že lidé se schizofrenií mají stejná práva jako zdravý člověk?
- a) ano, myslím si, že mají stejná práva
 - b) ne, určitě nemají, ale měli by mít stejná práva
 - c) ne, určitě nemají a neměli by mít stejná práva
 - d) nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a

15. Slyšel/a jste již o Deklaraci práv duševně postižených lidí?

- a) ano, slyšel/a jsem, vím také co Deklarace obsahuje
- b) ano, slyšel/a jsem, ale nevím, co obsahuje
- c) ne, nikdy jsem o ní neslyšel/a

16. Myslíte si, že lze zbavit nebo omezit způsobilost k právním úkonům člověka se schizofrenií?

- a) ano, určitě lze a myslím si, že by měl být omezen či zbaven způsobilosti každý člověk se schizofrenií
- b) ano, určitě lze, ale jen v určitých (odůvodněných) případech
- c) ne, nelze, považuji to za nesprávné, nikdo nesmí být ve své svobodě omezován či jí dokonce zbaven
- d) nevím

V případě, že jste odpověděl/a ano, prosím odpovězte na ot. č. 17. Jinak prosím pokračujte na ot. č. 18.

17. V jakých případech, by mohl být člověk se schizofrenií omezen nebo zbaven způsobilosti, podle Vás?

- a) rozhodování o větších finančních částkách, nerozumí dokumentaci, aj.
- b) neumí se podepsat
- c) jiné
- d) nevím

18. Myslíte si, že je člověk se schizofrenií schopen pracovat a navrátit se zpět do běžného života?

- a) ano, myslím si, že spousta nemocných je schopna alespoň omezeně pracovat a navrátit se do běžného života
- b) ne, myslím si že nemocní schizofrenií nejsou schopni pracovat a ani se vrátit do běžného života
- c) nevím, nedokáži posoudit tuto situaci

19. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

20. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 20
- b) 21 – 35
- c) 36 – 45
- d) 46 – 60
- e) 61 – více

21. Jaké nejvyšší ukončené vzdělání máte?

- a) základní
- b) střední odborné
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné či vysokoškolské

Děkuji za Váš čas a za pečlivé vyplnění dotazníku.

Abstrakt

ŽIŽKOVÁ, P. *Sociální, etické a psychologické aspekty práce s lidmi se schizofrenií*. České Budějovice 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Klíčová slova: duševní onemocnění, psychóza, schizofrenie, psychiatrie, antipsychotika, etický kodex.

Práce se zabývá duševním onemocněním nazývané schizofrenie. Diplomová práce se skládá za dvou částí, z části teoretické a praktické. Část teoretická má pět kapitol, v nich se zaměřuji zejména na propojenost oborů sociální práce, psychiatrie, psychologie a etiky. Nejprve popisují schizofrenii všeobecně – tzn. jak vzniká, příznaky a projevy, diagnostika, průběh a prognóza a možnosti léčby. Dále se zaměřuji na psychiatrické hledisko schizofrenie, sociální hledisko této nemoci a také na Etické kodexy jednotlivých oborů.

Praktická část je založena na interpretaci výsledků kvantitativního výzkumu. Jako výzkumnou techniku jsem zvolila dotazník. Cílem dotazníku je zjistit, jaké má dospělá populace všeobecné znalosti o schizofrenii a jaké pohledy na schizofrenii převažují.

Abstract

Social, ethical and psychological aspects of working with people with schizophrenia

Key words: mental illness, psychosis, schizophrenia, psychiatry, antipsychotics, ethics codes.

The work deals with a mental illness called schizophrenia. The thesis consists of two parts, the theoretical part and the practical part. The theoretical part has five chapters, it has focused mainly on the interconnectedness of social work, psychiatry, psychology and ethics. First, it describes schizophrenia in general – how begins the illness, its signs and symptoms, diagnosis, course and prognosis and treatment options. I am focusing on the psychiatric aspects of schizophrenia, the social aspect of the disease and the ethics codes of various disciplines.

The practical part is research, which is based on the interpretation of the results of a quantitative research. I opted a questionnaire as a research technique. The aim of this questionnaire is to find out which general knowledge has the adult population about schizophrenia and which views of schizophrenia are prevailing.