

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra praktické teologie

Diplomová práce

SOCIÁLNÍ A ETICKÉ SOUVISLOSTI PŘÍSTUPU  
KE KLIENTŮM SE SCHIZOFRENIÍ

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Svobodová

Autor práce: Bc. Silvie Ročovská

Studijní obor: Etika v sociální práci, kombinovaná forma

Ročník: 3.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci 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 uvedením 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 a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

Podpis studenta

## Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Michaele Svobodové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále děkuji doc. Jindřichu Šrajerovi, Dr. theol. a PhDr. Romanu Míčkoví Th.D. za cenné připomínky k etické části práce.

## **Obsah:**

<b>Úvod .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Teoretická část.....</b>	<b>8</b>
1.1 Pojem schizofrenie .....	8
1.2 Příčiny schizofrenie .....	8
1.3 Projevy schizofrenie.....	9
1.4 Typy schizofrenie.....	12
1.5 Průběh a prognóza schizofrenie .....	13
<b>2 Léčba schizofrenie .....</b>	<b>15</b>
2.1 Historie.....	15
2.2 Současná léčba schizofrenie .....	16
2.3 Farmakologická léčba .....	17
2.4 Psychoterapie .....	18
2.4.1 <i>Psychoterapie obecně</i> .....	18
2.4.2 <i>Psychoedukace</i> .....	20
2.4.3 <i>Nácviková psychoterapie</i> .....	21
2.4.4 <i>Terapeutický vztah a komunikace s nemocným</i> .....	22
2.5 Sociální rehabilitace .....	26
2.6 Koncept „zotavení“ .....	27
<b>3 Klient v systému sociálních služeb.....</b>	<b>29</b>
3.1 Sociální služby .....	29
3.2 Komunitní péče .....	31
3.3 Integrativní přístup.....	32
<b>4 Sociální souvislosti přístupu ke klientům se schizofrenií .....</b>	<b>34</b>
4.1 Rodina a schizofrenie.....	34
4.2 Bydlení .....	38
4.3 Zaměstnání .....	40
4.4 Vzdělávání .....	42
4.5 Volný čas .....	42
4.6 Užívání návykových látek.....	43
4.7 Bezdomovectví .....	44
4.8 Sebevražedné jednání.....	45
4.9 Stigmatizace duševně nemocných .....	47
<b>5 Etické souvislosti přístupu ke klientům se schizofrenií .....</b>	<b>51</b>
5.1 Pojetí etiky v sociální práci .....	51
5.2 Hodnoty v sociální práci .....	52
5.3 Obecné etické principy .....	53
5.4 Etické kodexy.....	55
5.5 Psychiatrická legislativa.....	57
5.5.1 <i>Souhlas s léčbou a hospitalizací</i> .....	57
5.5.2 <i>Zachování důvěrnosti</i> .....	58
5.5.3 <i>Důstojné zacházení</i> .....	59
5.5.4 <i>Restriktivní postupy</i> .....	59
5.5.5 <i>Zbavení způsobilosti k právním úkonům</i> .....	60

5.6	Může být omezování svobody v péči o nemocné morálně oprávněné?.....	61
5.7	Etická dilemata.....	62
5.7.1	<i>Neutralita nebo favoritismus</i> .....	64
5.7.2	<i>Množství klientů nebo kvalita služeb</i> .....	65
5.7.3	<i>Jednostrannost nebo symetrie ve vztahu s klientem</i> .....	67
5.7.4	<i>Zasáhnout nebo nezasáhnout</i> .....	69
5.7.5	<i>Komplexní nebo zjednodušené cíle</i> .....	70
5.8	Jak může pracovník dospět k správnému jednání? .....	72
<b>6</b>	<b>Praktická část .....</b>	<b>74</b>
6.1	Cíl výzkumu .....	74
6.2	Metodika .....	74
6.2.1	<i>Výzkumné metody</i> .....	74
6.2.2	<i>Charakteristika cílové skupiny</i> .....	75
6.2.3	<i>Charakteristika prostředí</i> .....	75
6.2.4	<i>Realizace výzkumu</i> .....	76
6.3	Výsledky .....	76
6.3.1	<i>Zpracování dat</i> .....	76
6.3.2	<i>Analýza a interpretace získaných dat</i> .....	76
6.3.3	<i>Diskuze</i> .....	82
6.3.4	<i>Hodnocení kvality výzkumu</i> .....	85
6.3.5	<i>Etické zásady ve výzkumu</i> .....	86
	<b>Závěr .....</b>	<b>87</b>
	<b>Použitá literatura .....</b>	<b>91</b>
	<b>Abstrakt .....</b>	<b>97</b>
	<b>Abstract.....</b>	<b>98</b>

Motto:

„V mých očích jsou zdi, které oddělují zdravé a nemocné jen výrazem slepoty vůči skutečné hodnotě člověka, která je tam i zde stejná.“

Franz Kafka

## Úvod

Svoji diplomovou práci jsem se rozhodla věnovat klientům s chronickou schizofrenií v kontextu lůžkového psychiatrického oddělení. K této cílové skupině mě přivedl zájem o jedinečný a zároveň záhadný vnitřní svět duševně nemocného.

Schizofrenie je závažné dlouhodobé onemocnění, které narušuje vztah člověka ke skutečnosti a způsobuje změny v jeho osobnosti. Toto onemocnění má dalekosáhlé důsledky v mnoha oblastech života - postihuje kvalitu života v celé šíři. Má vliv na sebehodnocení člověka, který nemůže často dostat svým cílům stanoveným před vypuknutím nemoci. Schizofrenie s sebou přináší řadu problémů, kterými se budu podrobněji zabývat v teoretické části. V důsledku nemoci dochází k narušení vztahů s lidmi, zhoršuje se pracovní uplatnění, schopnost samostatného bydlení, smysluplného trávení volného času a vzdělávání. Navíc je schizofrenie spjata s nadužíváním návykových látek, mnohem častěji se u těchto nemocných setkáváme s bezdomovectvím a sebevražedným jednáním. Duševně nemocní vzhledem k charakteru svých potíží získávají stigma a jsou společností diskriminováni.

Problematika duševně nemocných se úzce dotýká etických témat, především kdy chránit autonomii jedince a kdy autonomii omezit. Mnoho rozhodnutí, např. nedobrovolná hospitalizace, zbavení svéprávnosti nebo fyzické omezení nemocného, má vztah k újmě nebo dobru klienta, pracovníka v pomáhajících profesích (dále jen „pracovník“) i společnosti. Studium etiky umožňuje v péči o duševně nemocné získat odstup od konkrétní situace, kriticky ji analyzovat a následně řešení uvést do praxe.<sup>1</sup>

V první části se budu zabývat charakteristikou onemocnění, jeho projevy, příčinami, průběhem a prognózou. Pracovník musí být seznámen s jeho specifiky, aby je dokázal rozpoznat, porozuměl jim a mohl s klientem pracovat podle jeho individuálních potřeb. Dále představím základní tři pilíře léčby a nové trendy v psychiatrii, které nabízejí nástroje a metody v přístupu. Ve čtvrté kapitole přiblížím základní sociální problémy, které se schizofrenií souvisejí a mohou se vzájemně propojovat. Další kapitola se bude věnovat obecným etickým principům a konkrétním situacím v běžné praxi, s kterými se pracovník běžně setkává a ke kterým má co říci etika.

Praktickou část tvoří kvalitativní výzkum na psychiatrickém oddělení pro muže. Z kontextu pracoviště také vyplývají výzkumné otázky. Ve zdravotnictví stále převažuje paternalistický postoj a nemocní vkládají důvěru především do farmakologické léčby, méně však do sociální rehabilitace a psychoterapie.

Empirická část si klade za cíl problematiku prohloubit a poukázat na některé její souvislosti. Hlavní cíl této práce zní: Jaké jsou sociální a etické souvislosti přístupu ke

---

<sup>1</sup> Srov. Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 18

klientům se schizofrenií? Blíže se budu zajímat, jak nemocný vnímá hospitalizaci na psychiatrickém oddělení? V čem vnímá hlavní problém v souvislosti se schizofrenií? Je nemocný motivovaný ke změně psychoterapeutickými prostředky nebo je jeho naděje vložena převážně do farmakologické léčby?

V této práci neuvádím pojem „pacient“, nýbrž pojem „klient“, přestože je „pacient“ ve zdravotnickém zařízení frekventovaným pojmem. Činím tak zcela záměrně. Výraz „klient“ začal používat C. R. Rogers z toho důvodu, že za člověka, kterému pomáháme, nepřebíráme zodpovědnost a důvěřujeme v jeho sebeúdrživé procesy. Tím podporujeme jeho autonomii.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Pojem schizofrenie

Schizofrenie je závažné onemocnění, které zasahuje do osobnosti člověka i jeho okolí. Nemocný se mnohdy projevuje nesrozumitelně, podivně, což vyvolává v druhých lidech pocity zmatku, viny a ohrožení. Jeho myšlení odráží vnitřní svět plný bludů a halucinací. Pracovník v pomáhajících profesích musí být seznámen se specifiky tohoto onemocnění, aby je dokázal včas rozpoznat, porozuměl jim a zahájil potřebnou intervenci.

V této kapitole vymezím pojem schizofrenie, budu se zabývat jejími příčinami a projevy v oblasti kognitivních funkcí, myšlení, emotivity a jednání. Dále přiblížím základní typy onemocnění, jejich průběh a prognózu. Samostatná kapitola bude věnována léčbě schizofrenie.

Praško předkládá ilustrativní příklad nemocného se schizofrenií:

*„Šel jsem proti tramvaji. Intuicí jsem se na ni soustředil a tak jsem tramvaj zastavil. Na můj neznatelný pokyn se řidič musel usmát. Cítil jsem, že je to tak správně. Pak tam ale jezdila auta a dávala mi znamení. Nevím, co stále chtějí. Jezdí tam samozřejmě kvůli mně. Mám z nich strach. Je to nějaká organizace, asi ruská mafie. Ti jsou všude. V televizi taky na mě dělají často posušky. Pak už často vím, jak bude hlasatelka reagovat. Minulý pátek to už ale byl vrchol. Naznačovali, že o mně vědí všechno. Jak to můžou dělat tak veřejně? Je to nechutné! Ať toho nechají.“<sup>2</sup>*

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se projevuje narušením myšlení, vnímání, emotivity a osobnostní integrity.<sup>3</sup> Jedná se o onemocnění, které řadíme do okruhu psychóz. Základním příznakem psychotického onemocnění je dezintegrace funkcí já. Nemocný jedinec nedokáže rozlišovat vlastní zkušenost od percepce vnějšího světa a dochází k vážnému narušení vztahu ke skutečnosti i ke změnám jeho osobnosti.<sup>4</sup>

Schizofrenie je dlouhodobé onemocnění, které má tendenci k chronicitě. Objevuje se poměrně často, asi u 1-1,5 % populace a to ve všech kulturách i kontinentech. U mužů začíná obvykle mezi 15 až 25 lety, u žen o něco později, mezi 25 až 35 lety. Praško uvádí, že třetina nemocných se z onemocnění plně uzdravuje, u další třetiny dochází k relapsu a poslední třetina nabývá chronického charakteru.<sup>5</sup>

## 1.2 Příčiny schizofrenie

Vágnerová uvádí, že přesnou příčinu vzniku schizofrenie nelze přesně určit.<sup>6</sup> Spíše se jedná o souhru mnoha faktorů a jejich vzájemnou interakci – vlivy biologické, psychologické a sociální. Mezi biologické příčiny řadíme genetické vlivy. Dispozici ke vzniku schizofrenie mohou vytvářet různé geny, zatím však není zcela jasné, o jaký typ

---

<sup>2</sup> Praško, J. Bareš, M. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 8

<sup>3</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 333

<sup>4</sup> Srov. Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 34

<sup>5</sup> Srov. Praško, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 11

<sup>6</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 334



dědičnosti se jedná. Jarolímek uvádí, že pokud je jeden z rodičů schizofrenik, pravděpodobnost vzniku onemocnění u daného jedince tvoří 11 %.<sup>7</sup>

Další biologické změny mající vztah ke schizofrenii jsou změny ve struktuře a funkcích mozku, které vznikají během vývoje nebo jako důsledek poškození v prenatálním období. U nemocných se objevují změny v metabolismu mozku, zejména dopaminového, glutamátového a serotoninového systému. Tyto biologické faktory tvoří vnitřní dispozici pro vznik schizofrenie, která se může a nemusí projevit.

Příčiny vzniku schizofrenie se vysvětlují teorií hypersenzitivity a vulnerability. Dispozice k onemocnění je provázeno zvýšenou citlivostí jedince, která sama o sobě ke vzniku onemocnění nestačí.<sup>8</sup> Její další vývoj závisí na souhře dalších faktorů. Koncept vulnerability spočívá ve zvýšené citlivosti vůči podnětům sociálního charakteru. V průběhu vývoje může být dítě vystaveno tíživé rodinné situaci, dlouhodobému stresu nebo tělesnému onemocnění. Jedinci bývají ve zvýšené míře zranitelní v běžných situacích spojených se změnou nebo ztrátou. Změna představuje například vstup do zaměstnání, přijetí nové role, zážitek neúspěchu, odmítnutí nebo zklamání. Dalším stresovým faktorem může být první erotická zkušenost, zamilování se nebo vstup do manželského svazku. Schizofrenie často vzniká právě v období nastávající separace od rodiny, což je provázeno ambivalencí jak ze strany rodičů, tak ze strany jejich potomka.<sup>9</sup>

### 1.3 Projevy schizofrenie

Schizofrenie se může projevovat pestrou škálou symptomů, vyskytujících se v různých kombinacích a proměnách. Podle toho, zda se objevují nadměrné projevy psychických funkcí nebo jejich úbytek, rozdělujeme příznaky na pozitivní (např. bludy, halucinace, katatonní projevy) a negativní (apatie, emoční oploštělost, sociální izolace, oslabení vůle). Na počátku onemocnění převládají především pozitivní příznaky, po odeznění akutní fáze příznaky negativní.

Vágnerová rozděluje příznaky do čtyř hlavních okruhů – poruch kognitivních funkcí, poruch emotivity, jednání a poruch osobnosti.<sup>10</sup>

#### Poruchy kognitivních funkcí

Kognitivní příznaky jsou považovány za stěžejní příznaky schizofrenie. Jedná se především o paměť, pozornost, řídicí funkce a vnímání.<sup>11</sup> V oblasti paměti má nemocný problémy vstřípnit informace, což se projeví v procesu učení obecně. Další potíže představuje oslabená schopnost soustředění a třídění informací podle důležitosti, díky níž je nemocný doslova zahlcen vnějšími podněty. V oblasti řídicích funkcí je typická omezená schopnost vytyčit si cíl, plánovat, řešit problémy a přimět sebe sama k činnosti. Tyto příznaky bývají často terčem kritiky.

K narušení kognitivních funkcí patří poruchy v oblasti vnímání, kterými se budu zabývat podrobněji. Charakteristickým znakem schizofrenie jsou halucinace. Jedná se o klamné vjemy, které vznikají nezávisle na vnějších podnětech. Vágnerová píše, že

---

<sup>7</sup> Srov. Jarolímek, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 11

<sup>8</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 20

<sup>9</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 336

<sup>10</sup> Srov. tamtéž, s. 337

<sup>11</sup> Srov. Jarolímek, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 10

„halucinace lze chápat jako poruchu integrace psychických funkcí, která vede k dezorientaci ve světě i v sobě samém, tj. ve vlastním těle i vědomí.“<sup>12</sup>

Halucinace mohou být spojeny se všemi smysly. Nejčastější jsou halucinace auditivní (sluchové), typické pro paranoidní schizofrenii. Nemocný slyší buď jednotlivé zvuky (škrábání, zvonění, tikání) nebo hlasy.<sup>13</sup> Hlasy mohou komentovat jednání nebo hovořit přímo k dotyčnému. Hlasy jsou vnímány obvykle sluchem zvenčí nebo jako ozvučené myšlenky v hlavě. Halucinace mají těsný vztah k jednání člověka. Nemocný, přesvědčený o reálnosti ohrožení, je například hlasy přiměn k izolaci v bytě a svoji bezpečnost se snaží zabezpečit různým systémem zámků, alarmů, apod. Zvláště nebezpečnými se stávají hlasy, které dávají nemocnému různé druhy příkazů a výhrůžek.

Nemocný není schopen přijmout, že halucinace jsou produktem jeho psychiky. Nedochozí tedy pouze k poruše vnímání, ale i porozumění a interpretaci okolních podnětů.<sup>14</sup> Zahlcení podněty z okolního světa se neděje v obvyklých souvislostech, ale jako součást bludných přesvědčení. Například zvuk domovního zvonku je vnímán jako potvrzení očekávaného nebezpečí.

K dalším druhům halucinací patří vizuální (zrakové) - nemocný vidí různé barvy, tvary, osoby i scény jakoby z filmu.<sup>15</sup> Čichové halucinace bývají obvykle propojeny s bludným přesvědčením (různé pachy, chutě, vůně), například o hrozícím otrávení nemocného jedem.

Taktilní (tělesné) halucinace jsou méně časté. Jsou provázeny tělesnými pocity, např. pálením, pícháním jehlami, různými pocity ve vnitřních orgánech, doteky po těle a tak podobně. Nemocný může mít pocit, že jeho tělo je jiné než by mělo být, např. ruce nebo nohy jsou příliš velké nebo malé, oči na obličejí jsou jinde. Nemocný při pohledu do zrcadla sám sebe nemůže poznat nebo se vidí trojitě.<sup>16</sup>

Atkinson uvádí, že do určité míry jsou halucinace blízko prožitkům zdravého člověka. Všichni víme, jak halucinace vypadají, protože je zažíváme ve spánku, když sníme. Také často vedeme vnitřní rozhovor se sebou samým nebo s druhým člověkem. Rozdíl je však v tom, že nemocný není schopen rozlišit, zda halucinace pochází z vnitřního prožitku nebo z vnějšího světa. Nedovede rozlišit mezi reálným a imaginativním, ovladatelným a vnuceným.<sup>17</sup>

### Poruchy myšlení

Narušení myšlení zahrnuje jak formu myšlení, tak i jeho obsah. Myšlení u schizofrenie je buď zpomalené, ulpívavé na jedné myšlence nebo dochází k myšlenkovým zárazům. Opakem je myšlení zrychlené, tzv. myšlenkový trysk. Z formální stránky se setkáváme s poruchou plynulosti myšlení a absencí logické souvislosti s kontextem. Slova a jejich spojení sami o sobě mohou dávat smysl, ale jejich spojení nikoli. V projevu nemocného se objevují neobvyklé asociace, tzv. slovní salát. Poruchy myšlení jsou propojeny

---

<sup>12</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 337

<sup>13</sup> Srov. Doubek, P. Praško, J. *Psychóza v životě, život v psychóze*, s. 17

<sup>14</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 337

<sup>15</sup> Srov. Doubek, *Psychóza v životě, život v psychóze*, s. 17

<sup>16</sup> Srov. Atkinson, R. *Psychologie*, s. 549

<sup>17</sup> Srov. tamtéž, s. 549

s narušenou schopností zaměřit pozornost a rozlišovat důležité podněty od nedůležitých.<sup>18</sup>

S poruchami myšlení souvisí i poruchy verbálního projevu. Řeč je charakteristická opakováním stejných slov, slovního spojení nebo vytvářením nových neobvyklých slov. V chronickém stadiu dochází spíše k ochuzení obsahu slovního vyjádření.<sup>19</sup>

Po stránce obsahové se schizofrenie projevuje bludy, což jsou nevyvratitelná přesvědčení, která ovlivňují jednání člověka. Vágnerová udává tři typické znaky bludu: subjektivní jistotu, nekorigovatelnost a nesmyslnost obsahu bludu. Bludy se liší svým obsahem, zaměřením a vývojem v čase. Nejprve se objevuje myšlenka, později přesvědčení a nakonec celý systém bludů.<sup>20</sup>

Nejběžnějším bludem je paranoidní blud, kdy je člověk přesvědčen, že je pronásledován, kontrolován nebo nějakým způsobem ovlivňován. Toto přesvědčení se vztahuje jak na blízké osoby, tak na cizí osoby nebo skupiny. Nemocný má pocit, že je pozorován, pomlouván, pronásledován, popř. ho chce někdo otrávit. Tehdy mluvíme o persekučním bludu.

Méně časté jsou bludy megalomaničké. Jsou charakteristické přesvědčením o vlastních neobvyklých schopnostech, moci nebo významném původu. Mohou být zaměřeny na spásu či záchranu lidstva nebo nalezení neobvyklého vynálezu.

U každého člověka se objevuje osobitý druh bludů odpovídající minulým zkušenostem. Některé teorie vysvětlují blud jako obrannou reakci na aktuální problém, proto se nedoporučuje blud vyvracet.<sup>21</sup>

Pozitivní příznaky schizofrenie mají negativní sociální dopad. Nemocný přestává rozumět okolnímu světu i sobě samému a okolní svět přestává rozumět zase jemu. Okolní svět pro něj znamená zdroj nesrozumitelných a nebezpečných podnětů, které si nedokáže vysvětlit. Proto se stahuje do světa vlastní fantazie, projevuje se autisticky.<sup>22</sup>

#### Poruchy emotivity

Porucha emotivity se liší v akutní a následné fázi schizofrenie. V prvních fázích onemocnění se setkáváme s neadekvátními reakcemi (např. smích), které neodpovídají momentální situaci. Dalším častým projevem je emoční labilita, deprese, pocity méněcennosti a beznaděje, které mohou vyústit až v sebevražedné tendence. Tyto projevy jsou přisuzovány jak onemocnění samotnému, tak nežádoucímu účinku farmakologické léčby.<sup>23</sup>

V pozdějších fázích dochází k emoční otupělosti a oploštění. Jedná se o apatii, útlum a nezájem o jakoukoliv činnost. Emoce jsou v ambivalentním vztahu - protikladné, navzájem neslučitelné. Nemocný je například závislý na své matce a zároveň k ní projevuje nenávisť a agresivitu. Raboch zmiňuje charakteristickou ztrátu citových vztahů a zájmů.<sup>24</sup>

---

<sup>18</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 341

<sup>19</sup> Srov. tamtéž, s. 341

<sup>20</sup> Srov. Doubek, P. Praško, J. *Psychóza v životě, život v psychóze*, s. 17

<sup>21</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 339

<sup>22</sup> Srov. tamtéž, s. 340

<sup>23</sup> Srov. Jarolímecký, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 21

<sup>24</sup> Srov. Raboch, J. Pavlovský, P. *Psychiatrie*, s. 73

## Poruchy jednání

Nápadnosti v jednání bývají důsledkem kognitivních a emočních poruch. U nemocných se objevuje jak zpomalení, tak zrychlení motorické aktivity. Útlum motorické aktivity může vést v extrémním případě k celkovému ztuhnutí svalstva tzv. „stuporu“. Dochází při něm k život ohrožujícímu stavu, ve kterém nemocný není schopen uspokojovat základní fyziologické potřeby. Méně častá je změna aktivační úrovně ve smyslu pozitivním. V tom případě se projevuje neúčelným opakováním slov, pohybů, mluvením k vlastní osobě apod. Jednání nemocného je vesměs neadekvátní a bývá prvním podnětem k podezření na duševní onemocnění.<sup>25</sup>

Nápadný je také vzhled nemocného a celková péče o sebe sama. V akutním stadiu se setkáváme se zhoršením hygienických návyků a bizarností v oblékání. Ženy se nápadně líčí, oblečení neodpovídá prostředí ani ročnímu období, což způsobuje zvýšenou pozornost k nemocnému. Změny souvisí s hypobulií a celkovým úpadkem osobnosti.<sup>26</sup>

## Poruchy osobnosti

Nemocný si uvědomuje změnu - svět kolem něj se zdá odlišný, nesrozumitelný, ale nemůže nahlédnout, že by šlo o projev choroby. Jedinec se odvrací od vnějšího světa k vlastní osobě, dochází až k patologickému narcismu. Porucha osobnosti se projevuje depersonalizací - vlastní myšlenky i tělo jsou pocíťovány jako cizí, jakoby je někdo vkládal nebo odebíral. Nemocný ztrácí vlastní identitu, není si jist tím, kým vlastně je.<sup>27</sup> Kromě depersonalizace se objevuje také narušení vlastní integrity. Ohraničení mezi jedincem a okolním světem není jasné, proto se uzavírá do svého vnitřního světa.<sup>28</sup>

## 1.4 Typy schizofrenie

V praxi se lze setkat se čtyřmi typy schizofrenie, které se mohou vzájemně kombinovat. Paranoidní schizofrenie je typická vztahovačností, podezíravostí a žárlivostí, která nabývá patologických forem. Projevuje se především paranoidními bludy a halucinacemi. Nemocný je podezíravý k členům rodiny, sousedům, kamarádům, spolupracovníkům, ale i k nadpřirozeným bytostem. Nejčastěji se setkáváme se sluchovými halucinacemi ve formě hlasů, které něco přikazují, hrozí nebo komentují chování. Nemocní s touto formou schizofrenie bývají spíše plašší a emočně otupělí. Vágnerová píše, že pokud se nemocný dopustí agresivního chování, je to právě z důvodu pocitu ohrožení.<sup>29</sup>

Druhým typem schizofrenie je hebefrenní forma. Vzniká v období adolescence a rané dospělosti a mívá špatnou prognózu, protože zasáhne jedince v době vytváření nové identity. Taková forma se projevuje podivným myšlením a chováním, které spíše odpovídá pubertálnímu období. Pro hebefrenní schizofrenii je typická povznesená nálada, která nemá zábrany v nevhodném žertování, necitlivosti a hrubosti. Na usměrňování chování většinou nereaguje a projevuje se suverénně. Nemocní často grimasují, gestikulují a smějí se nepřiměřeně situaci. Myšlení je ochuzené, vyskytují se bizarní bludy, například hypochondrické nebo kosmicky zaměřené. Je obvyklé

---

<sup>25</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 342

<sup>26</sup> Srov. Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 243

<sup>27</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 342

<sup>28</sup> Srov. tamtéž, s. 343

<sup>29</sup> Srov. tamtéž, s. 345

zanedbávání zevnějšku ve smyslu hygieny i oblékání, nemocní se často toulají mimo domov.<sup>30</sup>

Dalším typem schizofrenie je katatonní forma, která je typická změnou motorické aktivity. Agitovaná forma se projevuje neklidem, hyperaktivitou, opakováním pohybů, slov nebo agresivitou. Pokud se jedná o stuporózní formu, nemocný je motoricky zpomalený, jakoby v útlumu. Tato forma může dosahovat až katatonního stuporu, kdy dochází ke ztuhlosti svalů a úplné ztrátě vůle. Jedinec slyší a rozumí, co se kolem něho děje, ale nedokáže se postarat o sebe sama. Musí mu být poskytnuta odborná péče, zpravidla formou hospitalizace, se zajištěním komplexní péče.<sup>31</sup>

Pro simplexní schizofrenii je charakteristický plíživý počátek onemocnění. Již před propuknutím prvních příznaků se objevuje sociální nepřizpůsobivost, nedodržování pravidel, vymizení zájmů a nečinnost. Bouček píše, že tato forma je méně častá, zato má horší prognózu.<sup>32</sup>

Současná klasifikace schizofrenií rozlišuje dále podtypy, jako je nediferencovaná schizofrenie, reziduální schizofrenie a postschizofrenní deprese. Jedná se o stavy, které přetrvávají po odeznění akutních příznaků psychózy.<sup>33</sup>

## 1.5 Průběh a prognóza schizofrenie

Schizofrenie začíná nejčastěji během dospívání nebo časně dospělosti. Vyvíjí se velice nenápadně a plíživě, nejprve tzv. prodromálními příznaky, které mohou trvat i několik let. Nenápadné příznaky, jako je uzavřenost, pasivita, apatie, nedostatek kontaktů s vrstevníky, jsou okolím tolerovány a připisovány osobnostním rysům. Sám nemocný si stěžuje na bolesti hlavy, zad, svalů, poruchy spánku nebo celkovou slabost. Příznaky připomínají chronický únavový syndrom.<sup>34</sup>

V dalším časovém období se nemocný projevuje více zamyšleně, zabývá se neobvyklými věcmi, podivně se obléká, začíná se objevovat vztahovačnost, úzkost, neklid až halucinace a bludy. Tyto potíže nabývají takové intenzity, až přejdou do akutní psychotické krize. Takové jednání sice vychází z logiky vnitřního světa nemocného, ale pro okolí je nepochopitelné. Jedinec například přestane vycházet ven, hromadí v bytě různé předměty nebo rozbíjí věci.

Schizofrenie obvykle probíhá v opakovaných epizodách, které jsou vyvolány stresovou událostí. V akutní fázi je nutná farmakologická léčba, a pokud nemocný ohrožuje sebe nebo své okolí, je nutná hospitalizace na uzavřeném psychiatrickém oddělení po dobu několika týdnů.<sup>35</sup>

Každá ataka nemoci znamená velkou zátěž jak pro jedince samotného, tak pro jeho nejbližší okolí. Dochází ke změnám fungování ve všech oblastech života, včetně vztahu k druhým lidem, potížím se studiem nebo v zaměstnání.<sup>36</sup>

---

<sup>30</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 347

<sup>31</sup> Srov. Marková, E. Venglářová, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 240

<sup>32</sup> Srov. Bouček, J. s. 55

<sup>33</sup> Srov. tamtéž, s. 55

<sup>34</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 28

<sup>35</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 29

<sup>36</sup> Srov. tamtéž, s. 29

Praško předkládá ilustrativní příběh nemocného po prodělané akutní epizodě onemocnění: „Žiju jakoby normálním způsobem. Nemám už hlasy a také zmizely strachy, které jsem předtím prožíval. Přesto ale nejsem šťastný. Nic totiž necítím. Když se mi něco povede, nejsem schopen se radovat. Je to velmi nepříjemné, ale smutný z toho nejsem, ztratil jsem také schopnost být nešťastný. Necítím nic. Ani radost, ani smutek. Zkoušel jsem se opít, ale vůbec se mi neulevilo. Občas přemýšlím o sebevraždě, ale necítím to jako východisko. Jediné, co mě baví, je kouření. Také piju kávu, někdy i 10 za den.“<sup>37</sup>

Po ukončení hospitalizace téměř u každého nemocného přetrvávají tzv. zbytkové příznaky, jako je nesoustředěnost, apatie, smutná nálada, pocit vnitřní prázdnoty, únava. Často si nemocný neví rady, jak znovu navázat na dřívější způsob života. Objevují se pocity méněcennosti a obavy z „nálepky“ duševně nemocného. Jarolímek uvádí, že velice záleží na reakcích okolí. Odsuzující a kritizující postoj vyvolává pocity viny a prohlubuje úzkost nemocného. Nejdůležitější období pro další prognózu je 9 až 12 měsíců po ústupu obtíží, kdy je jedinec ve velké míře zranitelný. U 60 % nemocných nastupuje další epizoda nemoci, často vyprovokována stresovou událostí. Čím častější je návrat nemoci, tím horší je pak její další průběh. Velký význam má spolupráce nemocného i jeho rodiny v prevenci relapsu.

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které má vliv na myšlení, vnímání, emotivitu, jednání a osobnost člověka. Projevuje se pestrou škálou příznaků, které nebývají okolím srozumitelné a díky nimž se nemocný uzavírá do svého vnitřního světa. Tím dochází k jeho velké izolaci. Ani po odeznění akutních příznaků nezůstává nemocný bez obtíží, u dvou třetin jedinců se po nějaké době opakuje.

---

<sup>37</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 12

## 2 Léčba schizofrenie

V následující kapitole se budu zabývat léčbou schizofrenie. Nejprve se krátce ohlédnu za léčbou duševně nemocných v historii, dále nastíním současný vývoj léčby v hlavních bodech. Podrobněji popíši tři hlavní pilíře léčení – farmakoterapii, psychoterapii a pracovní rehabilitaci. Závěr kapitoly vyústí v pojem „koncept zotavení“.

### 2.1 Historie

Péče o duševně nemocné je v historii známa svým nehumánním přístupem. Nemocní byli izolováni v žalářích, trestáni a veřejně vystavováni. Změny v psychiatrickém přístupu nastaly s příchodem francouzského osvícenství se vznikem prvních ústavů. S důstojnější péčí o nemocné je spojováno jméno francouzského lékaře F. Pinela, který odstranil restriktivní opatření a omezil nedůstojnou izolaci.<sup>38</sup> Pinel propagoval názor, že duševně nemocné je třeba léčit: „Chovají-li se choromyslní jako zvíř, je tomu tak proto, že se s nimi právě tak zachází.“<sup>39</sup> Navzdory odpůrcům se tomuto lékaři podařilo umístit psychiatrii mezi ostatní lékařské obory. Do počátku 20. století nedisponovala psychiatrie prakticky žádnými léky, které by nemocného příznaků zbavily. Již tehdy byl kladen důraz na zaměstnávání nemocných, jehož význam platí dodnes. Objevení prvních psychofarmak se datuje až od první poloviny 20. století.

Posledních 100 let prošla psychiatrie u nás značným vývojem, přestože byla zpomalena totalitním režimem. Vývoj nastal jak v oblasti farmacie, komplexního přístupu i humanizace péče. Zejména po roce 1989 došlo k většímu prolínání etiky do tohoto oboru. Podle Baudiše spočívá humanizace v přístupu k nemocným především v dialogu a podpoře rovnoprávného vztahu mezi odborníkem a nemocným. V posledních letech došlo ke snížení počtu lůžek v psychiatrických léčebnách i odděleních a zvýšení ambulantní a komunitní formy péče. Také byla zaznamenána změna poměru mezi nedobrovolným a dobrovolným přijetím nemocných do lůžkových zařízení. Zatímco do roku 1990 byl poměr 80:20, od roku 1992 byl již změněn na 80:20.<sup>40</sup>

Baudiš uvádí několik stěžejních bodů, které přispěly ke změně systému psychiatrické péče:<sup>41</sup>

- posun z ryze biologického přístupu ke kompletnějšímu, který zahrnuje psychologické i sociální faktory,
- rozvoj farmakoterapeutické léčby a nových diagnostických metod,
- omezování počtu lůžek v rámci psychiatrických oddělení a rozšíření ambulantní péče,
- zavádění komunitního přístupu pro nemocné,
- důraz na zachování důstojnosti nemocných a jejich práv,
- zvyšování kvalifikace veškerého personálu,
- větší informovanost veřejnosti o duševních onemocněních.

---

<sup>38</sup> Srov. Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 22

<sup>39</sup> Rajmová, E. *Novověk*. In Marková, E. Venglářová, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 27

<sup>40</sup> Srov. Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 93

<sup>41</sup> Srov. tamtéž, s. 25

Baudiš uvádí, že: „Největšími překážkami na této cestě je přirozená snaha setrvat ve stereotypním a naučeném jednání a omezené finanční prostředky vkládané do psychiatrické péče.“<sup>42</sup>

## 2.2 Současná léčba schizofrenie

Schizofrenie je duševní onemocnění, které je léčitelné. Čím dříve je stanovena diagnóza a zahájena léčba, tím lepší je prognóza onemocnění. V akutní fázi je obvykle nutné nemocného hospitalizovat na uzavřeném psychiatrickém oddělení, někdy i proti jeho vůli.

Protože je schizofrenie vyvolána souborem faktorů, léčba by měla zahrnovat biologické i psychosociální aspekty. Léčba schizofrenie se obvykle skládá ze tří hlavních pilířů: farmakologické léčby, psychoterapie a socioterapie. Tyto tři léčebné přístupy se vyvíjely odděleně, v posledních třiceti letech se klade důraz na jejich vzájemnou provázanost.

V současné době bývá kritizován především biomedicínský model, který příliš zdůrazňuje poruchy mozku na biologické úrovni a orientuje se na farmakologickou léčbu. Opominutím ostatních modelů pak dochází k redukcionismu, což nepříspěvá ke kvalitní léčbě klienta. O redukcionismu můžeme hovořit i u ostatních přístupů, jako je individuálně psychologický (základem nemoci je hluboce zakořeněná porucha osobnostního vývoje), interakční (nemoc je součástí narušené sítě interakcí) nebo sociálně ekologický (nemocný potřebuje rehabilitaci a podporu jako člen komunity), pokud je izolujeme od dalších přístupů. Schizofrenie je považována za komplexní problém. Probstová píše: „Všechny shora uvedené přístupy jsou ospravedlnitelné. Jejich význam stejně jako jejich vzájemný vztah má různou váhu v různých případech. Léčba má tedy probíhat komplexně a měla by odpovídat potřebám u jednotlivých případů.“<sup>43</sup>

Kalina uvádí, že ne všechny tři přístupy potřebují všichni nemocní ve stejné míře. Závisí vždy na individualitě nemocného a jeho stadiu nemoci. Aby bylo léčení úspěšné, je zapotřebí spolupráce odborníků, nemocného i rodiny. Bez účasti jednoho z nich nepřináší léčba dlouhodobé zlepšení. Osvědčuje se zejména zaměřit se na to, co v životě nemocného funguje a toho pak náležitě využít.<sup>44</sup>

Léčení je často dlouhodobé a bývá komplikováno mnoha faktory:<sup>45</sup>

- Nemocný si myslí, že léčení nepotřebuje. Kalina píše, že názor o nemoci a nutnosti léčby pochází ze světa, kterému nemocný nerozumí a před kterým se uzavírá. Přistoupit na léčbu by znamenalo podívat se na sebe „zvnějšku“, čehož právě nemocný není schopen. Na druhou stranu určitá skupina osob považuje hospitalizaci za bezpečné útočiště, kde bludy a halucinace nejsou přítomny v takové míře.<sup>46</sup>

- Nemocný si myslí, že něco není v jeho životě v pořádku (např. vztahy v rodině), ale nemyslí si, že řešením je psychiatrická léčba.

- Nemocný se může domnívat, že léčbou bude ochuzen o něco vzácného a významného, např. zvláštní dar, umělecké sklony, sny, hodnoty, vnitřní svět. Uvědomuje si svoji

---

<sup>42</sup> Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 27

<sup>43</sup> Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 35

<sup>44</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 57

<sup>45</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 365

<sup>46</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 50



zranitelnost a cítí se neschopen žít normálním životem. Jeho vnitřní život jej do určité míry chrání před okolním světem a dává mu alespoň nějakou jistotu. Z tohoto důvodu odmítá léčení a uchyluje se do „nemoci“.<sup>47</sup>

- Nemocný se domnívá, že léčbou ztratí svoje životní plány, samostatnost a nezávislost.
- Nemocný a jeho okolí je ve stadiu popření nemoci. Může řešit jiný životní problém, potřebuje změnu a má pokušení vysadit léky, snaží se o „útěk ke zdraví“.
- Nemocný nebo jeho rodina má obavu ze stigmatizace, tj. z předsudků společnosti o duševním onemocnění.
- Nemocný i jeho blízcí mají nedůvěru k odborné péči.
- Nemocný léčbu přerušuje z důvodu nežádoucích účinků léků.

Kalina doporučuje základní schéma v léčení psychóz, které je společné pro farmakoterapii, sociální rehabilitaci i rodinou terapii. Jedná se o podporu, porozumění a vedení k samostatnosti. Porozumění spočívá v porozumění nemoci, jejímu obsahu, příčinám, příznakům a souvislostem s životní situací nemocného. Podpora znamená jednat na základě porozumění a potřeb nemocného, jako je potřeba bezpečí, minimalizace stresu, přiměřené aktivity, potřeba ocenění a komunikace. Pokud má nemocný dostatek porozumění a podpory, sám přebírá svoji samostatnost v těchto oblastech:

- zodpovědnost za léčbu – nemocný si postupně bere léky s pomocí, později sám,
- schopnost vyřizovat si svoje záležitosti (osobní, pracovní, úřední),
- péče o sebe sama (nákupy, jídlo, úklid),
- schopnost postarat se o druhé a o domácnost,
- smysluplně trávit volný čas,
- schopnost navázat a udržovat vztahy mimo rodinu.

Přebírání odpovědnosti může znesnadňovat přehnaná pozornost rodiny, kde péče o nemocného nahrazuje chybějící hodnoty. Proto samostatnosti nevědomě brání.

### 2.3 Farmakologická léčba

V minulosti byla léčba schizofrenie značně omezená. Před objevením neuroleptik byli nemocní léčeni barbituráty, bromovými přípravky, inzulinovými a atropinovými kómaty, lobotomií a dalšími postupy. Přibližně od 50. let 20. století se začala používat typická neuroleptika, která zlepšila příznaky schizofrenie na 70-80 % a používá se dodnes. Potíž v jejich podávání spočívá především v jejich nežádoucích účincích. Mezi hlavní patří: svalová ztuhlost (extrapyramidové příznaky), sedativní účinek, třes, křeče, samovolné pohyby končetin a celkový neklid, který nutí nemocného k přešlapování. Na tyto vedlejší účinky si nemocní stěžují a často je přimějí k přerušování léčby.

V posledních dvaceti letech se objevila atypická neuroleptika (antipsychotika II. generace), která mají mnohem méně nežádoucích příznaků.<sup>48</sup> Atypická antipsychotika jsou ve srovnání s předešlými účinná k negativním příznakům (deprese, úzkosti) a

---

<sup>47</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 50

<sup>48</sup> Srov. Raboch, J. Zvolský, P. *Psychiatrie*, s. 247

kognitivnímu deficitu nemocného. Umožňují tak snadnější návrat do normálního života.<sup>49</sup> Kromě antipsychotik se dále užívají antidepresiva, anxiolytika (léky proti úzkosti), stabilizátory nálady a antiparkinsonika (léky tlumící některé nežádoucí vedlejší účinky).

Léky obecně je nutné užívat dlouhou dobu z důvodu možného relapsu onemocnění. Praško doporučuje podávat po první atace schizofrenie léky minimálně jeden rok, tím je sníženo riziko relapsu na 60-85 %.<sup>50</sup>

Léčba je v akutním stadiu nemoci mnohdy těžká, protože přichází ze světa, kterému nemocný nerozumí. Může ji prožívat jako manipulaci, která zapadá do jeho bludného paranoidního myšlení a bývá jí dotčen. Není proto divu, že léčbu odmítá. Nemocný by raději přistoupil na pomoc duchovního nebo léčitele, nikoli na pomoc psychiatra.<sup>51</sup>

I po odeznění akutní epizody se často setkáváme s omezenou spoluprací nemocného v léčbě. Po ústupu potíží se domnívá, že léky již nepotřebuje, nevěří v jejich účinnost, cítí se unavený nebo ho obtěžuje jejich pravidelné užívání. Bez léků se cítí svobodněji a nezávisleji. V těchto situacích je možné podávat léky „depotní formou“, jejíž účinek trvá 1-3 týdny.<sup>52</sup>

Bouček upozorňuje, že od počátku léčby je zapotřebí budovat terapeutický vztah mezi nemocným a odborníky, založený na podpoře a vzájemné důvěře. Po celou dobu léčby je důležitá edukace nemocného o průběhu nemoci a její léčbě. Lékař by měl zaujímat respektující postoj k názorům nemocného. Nemocný by měl rozumět tomu, co se s ním děje a své potíže s důvěrou sdělovat.<sup>53</sup>

## 2.4 Psychoterapie

*Vídeňský profesor Hoff řekl: „Psychofarmaka otevírají dveře k nemocnému. Těmito dveřmi musí ale někdo vejít. Pokud se tak nestane, dveře se zabouchnou na dlouho nebo navždy.“*<sup>54</sup>

### 2.4.1 Psychoterapie obecně

Bylo by chybou se domnívat, že farmakoterapií léčba končí. Důležitou součástí léčby schizofrenie je psychoterapeutický přístup, jehož cílem je podpora nemocného při zvládnání nemoci, porozumění sobě samému a zlepšení sociálních dovedností.

Kalina uvádí, že nemocný schizofrenií je zavalen velkým množstvím podnětů, které nedokáže dobře zpracovat. Zdravý člověk má dostatek regulačních mechanismů tzv. „filtrů“, které korigují množství podnětů mezi jedincem a prostředím. U nemocného jsou filtry slabé a selhávají. Léčba schizofrenie spočívá právě v posilování těchto regulačních mechanismů biologickou cestou, psychoterapií i socioterapií.<sup>55</sup>

Kalina vysvětluje pojem psychoterapie jako „...rozhovor v terapeutickém vztahu, v rámci „ostrůvku léčebné atmosféry“ mezi lékařem, psychologem, sestrou či jiným

---

<sup>49</sup> Srov. Raboch, J. Zvolský, P. *Psychiatrie*, s. 247

<sup>50</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol, *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 39

<sup>51</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 344

<sup>52</sup> Srov. Raboch, J. Zvolský, P. *Psychiatrie*, s. 248

<sup>53</sup> Srov. Bouček, J. *Speciální psychiatrie*, s. 64

<sup>54</sup> Jarolímeck, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 18

<sup>55</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 55

odborným pracovníkem. Rozhovor nejen o lécích a příznacích, ale i o dalších problémech, které pacient má a v nichž potřebuje porozumění, podporu a vedení k samostatnosti.<sup>56</sup> Psychoterapie je léčebná metoda, která se v léčbě schizofrenie stále více uplatňuje a spolu se socioterapií navazuje na farmakoterapii. Přispívá k tomu, aby se snížila zranitelnost nemocného a obnovilo se jeho vypořádávání se s životními nároky.<sup>57</sup>

Příznaky schizofrenie vedou k nejistotě, silné úzkosti a strachu. Člověk v sobě ani v druhých nenachází oporu a prožívá odcizení. Vztah s terapeutem poskytuje bezpečný prostor, ve kterém může nemocný sdělit svá trápení a psychoterapeut ho učí jim porozumět. Doubek píše, že: „Cílem psychoterapie je, aby se nemocný mohl opět cítit sám sebou, rozumět si a zároveň našel správný vztah k druhým. Těžištěm psychoterapeutické léčby je v období po odeznění akutních příznaků psychózy.“<sup>58</sup>

Terapeut pomáhá nemocnému:<sup>59</sup>

- porozumět tomu, co se odehrálo,
- vytvořit pocit bezpečí, obnovit důvěru v sebe a svět kolem,
- ohraničit a zmírnit patologické prožitky, oddělit zdravé od nemocného,
- obnovit žebříček hodnot, které schizofrenie zasáhla,
- překonávat současné životní problémy,
- naučit se zabránit relapsu nemoci,

Syřišřová píše: „Schizofrenikovi nelze brát jeho imaginární ochranu bez náhrady, dřív než mu za ni můžeme nabídnout jemu přijatelné opěrné body v realitě a posílit vědomí vlastní identity.“<sup>60</sup> V přístupu k nemocnému se osvědčuje „překrýt pozitivními prožitky jeho nejcitlivější bolavá místa“. Je třeba se pohybovat ve dvou rovinách – na úrovni nemocného v jeho myšlení, prožívání a chování a na úrovni reality. Klient musí mít pocit, že je přijímán, je srozumitelný a zároveň ho přibližovat k realitě.

Během psychoterapeutického procesu je třeba změnit postoj nemocného k bludům a halucinacím. „Izolaci nebo opouzďení bludů považujeme za jednu z nejdůležitějších psychoterapeutických taktik u paranoidních schizofreniků.“<sup>61</sup> Nejde o to paranoidní bludy vyvrátit nebo rozbít, ale zmírnit nebo úplně odstranit jejich účinnost. Potom blud ztratí svoji sílu a nevede k nebezpečnému chování. Nedoporučuje se přílišné rozebírání bludů a halucinací, které by vedlo k jejich rozrůstání a také analýza traumatických zkušeností. Za psychoterapeutický efekt lze považovat určitou lhostejnost k bludům, obnovu sociálních kontaktů a zájem o reálné cíle.

Nemocný může být léčen sám nebo společně s dalšími lidmi. Z hlediska formy rozeznáváme individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapii:<sup>62</sup>

- Individuální psychoterapie je forma, při které se setkává pouze nemocný a terapeut. V léčbě schizofrenie je důležitá od počátku onemocnění. Již v období

---

<sup>56</sup> Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 83

<sup>57</sup> Srov. tamtéž, s. 83

<sup>58</sup> Doubek, P. Praško, J. a kol. *Psychóza v životě, život v psychóze*, s. 27

<sup>59</sup> Srov. tamtéž, s. 28

<sup>60</sup> Syřišřová, E. a kol. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*, s. 71

<sup>61</sup> Tamtéž, s. 73

<sup>62</sup> Srov. Vymětal, J. *Obecná psychoterapie*, s. 51

akutních příznaků, pokud lze navázat s nemocným kontakt, má podpůrný význam a poskytuje nemocnému pocit bezpečí.

- Skupinová psychoterapie je forma setkávání více nemocných najednou. Používá se teprve až po odeznění akutní fáze. Jedinec může za účasti ostatních zažít podporu, porozumění a trénink v mezilidské komunikaci.<sup>63</sup> Léčivý účinek má sdílení zkušeností a obnovení důvěry v mezilidských vztazích. Skupinová forma probíhá v rámci hospitalizace nemocného nebo má stacionární formu. Frekvence setkávání je obvykle 1-2x týdně po dobu deseti týdnů až několika měsíců.
- Rodinná psychoterapie se zabývá celým rodinným systémem a usiluje o jeho harmonické fungování. Poruchu nepřipisuje jednotlivci, ale celému systému.<sup>64</sup> Terapeutický proces bývá dlouhý, může trvat i jeden rok, s frekvencí setkávání obvykle 1x za měsíc.

Psychoterapie u osob se schizofrenií si neklade nerealistické cíle. Nemocnému může pomoci, aby lépe toleroval příznaky, s onemocněním se lépe vyrovnal a mohl se znovu navrátit do běžného života. „I když psychoterapie psychózu nevyлéčí, může naučit člověka s ní žít.“<sup>65</sup>

S duševně nemocnými lze využívat široké spektrum metod, které využívají specifických prostředků. Z často užívaných lze jmenovat edukativní a nácvikovou psychoterapii.

#### 2.4.2 Psychoedukace

Psychoedukace je forma učení, která poskytuje nemocnému a jeho rodině potřebné informace o onemocnění. Informace poskytuje lékař, terapeut nebo jiný odborník a slouží k tomu, aby se nemocný a jeho nejbližší mohli stát aktivními účastníky léčebného procesu. Rodinní příslušníci jsou mnohdy první, kdo rozpoznají první příznaky nemoci a stávají se přirozeným podpůrným systémem. Úspěšnost léčby závisí do jisté míry na jejich spolupráci. Jedním z cílů psychoedukace je předcházení relapsům schizofrenie.<sup>66</sup>

„Relaps je návrat akutních psychotických příznaků, tedy těch potíží, které již nebyly přítomny a jsou zaléčené.“<sup>67</sup> Nová epizoda postihne přibližně 75 % nemocných během prvního roku léčby, pokud neužívá dlouhodobě léky. Čím dříve se počínající relaps podchytí, tím kratší dobu trvá další epizoda schizofrenie nebo se nemusí vůbec rozvinout. Psychoedukace probíhá ve skupině během hospitalizace nebo mimo ni formou různých speciálních programů.<sup>68</sup>

Jak může nemocný poznat rozvíjející se příznaky? K relapsu onemocnění obvykle nedochází náhle, ale pozvolna, proto je třeba, aby se nemocný naučil tyto příznaky rozpoznat. Mezi prvními se objevuje úzkost, nervozita, napětí, nesoustředěnost, pocit smutku a prázdnoty. Nemocný může mít pocit, „jakoby něco bylo ve vzduchu“, „něco se děje, nevím co“. Postupně se rozvíjí nespavost, podezíravost a pocit ohrožení (pocit, že druzí lidé o nemocném hovoří, nadměrně si ho všímají, zesměšňují). Do popředí se dostávají náboženská témata, filozofie, posmrtný život nebo ezoterika. Praško zmiňuje

---

<sup>63</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 56

<sup>64</sup> Srov. Kratochvíl, S. *Základy psychoterapie*, s. 261

<sup>65</sup> Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 86

<sup>66</sup> Srov. Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 246

<sup>67</sup> Praško, J. Bareš, M. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 43

<sup>68</sup> Srov. tamtéž, s. 32

nápadnosti v chování, které mohou poukazovat na rozvíjení nové epizody: nakupování zbytečných věcí, nezvyklé zastřižení vlasů nebo oblékání výhradně do černého, návštěvy hřbitovů, nádraží, kostelů nebo zásadní změna ve stravování (např. výhradně vegetariánská, půst).

Praško doporučuje nemocným odpoutat pozornost od příznaků k nějaké činnosti (poslech klidné hudby, jednoduchá činnost), hledat podporu v lidech, kterým nemocný důvěřuje, popř. zaměřit se na tělesné prožívání: „Dejte si sprchu, dotýkejte se sami sebe, abyste cítili svoje tělo. Opřete se zády o zeď a zkuste vnímat tento dotek. Pokud cítíte velké napětí, zkuste zpomalit dech a soustředit se na jeho rytmus.“<sup>69</sup>

Předcházení relapsu spočívá ve třech hlavních bodech: snížení zranitelnosti podáváním léků, snížení negativního vlivu okolí a včasné rozpoznání varovných příznaků. Nejvíce rizikovým faktorem k rozvinutí relapsu je stresové prostředí, konfliktní mezilidské vztahy, chaotický životní styl, problémy s bydlením, ztráta zaměstnání, samota, nenaplněný volný čas a jiné sociální problémy.

### 2.4.3 Návčiková psychoterapie

Návčiková psychoterapie využívá prostředků kognitivně-behaviorální terapie, při které si nemocný osvojuje žádoucí a správné chování. Osoby se schizofrenií potřebují obnovovat sociální dovednosti, zlepšovat kognitivní funkce a zvládat stresové situace. Využívá se metod vysvětlování, hraní rolí, návčiku, plnění domácích úkolů apod. Návčik se provádí zpravidla ve skupinách klientů s podobnými problémy.

Návčik sociálních dovedností je důležitá součást přístupu ke klientům se schizofrenií. Liberman definuje sociální dovednosti jako: „schopnost jasně a srozumitelně sdělovat své pocity a problémy a konstruktivně řešit své mezilidské problémy tak, abychom byli schopni dosáhnout svých cílů.“<sup>70</sup>

Sociální dovednosti bývají v důsledku psychického onemocnění omezené. Navíc může dojít k jejich oslabení vzhledem k časté izolovanosti nemocných nebo dlouhodobé intramurální péči. Předpokládá se, že cílem tréninku není zmírnění příznaků, ale rozvíjení schopností k tomu, aby klient dokázal své problémy lépe zvládat. Jestliže se nemocný naučí lépe orientovat v sociálních situacích, sníží se míra stresu a to zpětně ovlivní i jeho emoční prožívání.<sup>71</sup>

Liberman rozděluje sociální dovednosti na instrumentální a afiliativní. Instrumentální umožňují získávat materiální hodnoty, jako jsou peníze, práci, bydlení, afiliativní zase navazovat blízké vztahy, projevit náklonnost a také ji umět přijímat.<sup>72</sup>

Pod vedením terapeuta se klienti učí, jak naslouchat, navazovat a ukončovat rozhovor, vyjádřit, přijmout kompliment i kritiku, prosadit se anebo řešit konflikty. Trénink sociálních dovedností podněcuje aktivitu klienta a má významné místo v osamostatňování se nemocného a jeho začleňování do společnosti.

---

<sup>69</sup> Praško, J. Bareš, M. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 42

<sup>70</sup> Liberman R. P. In Možný, P. Praško, J. *Kognitivně-behaviorální terapie*, s. 155

<sup>71</sup> Srov. tamtéž, s. 155

<sup>72</sup> Srov. Liberman, R. P. In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 87

#### 2.4.4 Terapeutický vztah a komunikace s nemocným

Duševně nemocný člověk potřebuje v první řadě důvěrný vztah s pomáhajícím pracovníkem, který ho bude na jeho cestě provázet. Potřebuje někoho, kdo je na jeho straně a přijímá ho. Teprve potom nastává čas pro intervenci a nabízení služeb.

##### Terapeutický vztah

Vymětal definuje vztah jako: „Vztah mezi terapeutem a jeho klientem, který významně spoluutváří situaci, ve které psychoterapie probíhá. Mezi osobní vztah je tvořen postoji, představami, zkušenostmi, potřebami a očekáváním a určitou dynamikou vztahu.“<sup>73</sup> Probstová uvádí, že: „Dobrý vztah a terapeutická aliance mají rozhodující vliv na výsledek onemocnění u lidí s dlouhodobým duševním onemocněním. Aliance je vlastně společenství mezi terapeutem a nemocným proti nemoci a souhlas s cíli a nástroji, jak tento úkol naplnovat. Nejedná se pouze o „spolupráci“, ta by mohla znamenat pasivní přijetí, ale o neustálé „dohadování dvou subjektů.“<sup>74</sup>

Prostřednictvím určité kvality vztahu navozujeme u klienta žádoucí změny.<sup>75</sup> Terapeutickému vztahu je připisován různý význam u různých přístupů. Klíčový význam sehrává u psychoanalytického přístupu. Důležitý poznatek pro práci s klientem je rozlišování reálného vztahu a vztahu „přenosového“. Klient přirozeně vnáší do vztahu s pracovníkem své pozitivní i negativní zkušenosti s postavami svého života. Tento fenomén nazýváme „přenos“. Také terapeut zažívá ve vztahu ke klientovi řadu pocitů, jako je zájem, sympatie, soucit, lhostejnost, které mohou být odrazem dřívější zkušenosti, tzv. „protipřenos“. Reakce a prožívání terapeuta se stávají cenným materiálem k pochopení klientova příběhu. Z toho důvodu je třeba, aby pracovník svoje prožívání reflektoval a uměl s ním pracovat. Reflektování vzájemného vztahu se stává důležitou informací k pochopení obtíží. Vymětal píše, že to, jak se klient vztahuje k terapeutovi, je do jisté míry modelem klientových vztahů.

Podle Rogerse je vztah tím nejdůležitějším léčebným faktorem. Dochází při něm ke „vzájemnému setkání“, které má léčebný účinek. Terapeut tak vytváří podmínky pro jeho „růstovou a sebeaktualizační tendenci“. K hlavním léčebným faktorům patří empatie, autenticita terapeuta a akceptace klienta.<sup>76</sup>

Systemický přístup klade důraz na přijetí a respekt ke klientovi a snaží se o zmenšení vlivu autority a moci pracovníka. Kim Berg ve svém přístupu „Terapie zaměřená na řešení“ považuje vztah pracovník – klient za základ změny.<sup>77</sup> Zároveň upozorňuje na to, že vztah sám o sobě změnu nevytváří. Mnoho začínajících pracovníků si myslí, že změny nastanou po důvěrném lidském rozhovoru, při kterém klient „otevře svoje srdce“. „Terapie orientovaná na řešení“ nezůstává u pocitů klienta, ale jde dál k samotnému řešení. Vztah terapeut – klient by měl být považován spíše jako prostředek k dosažení cíle, nikoliv jako cíl samotný. Pozitivní vztah sice zlepšuje vzájemnou spolupráci s terapeutem, bylo by však mylné se domnívat, že sám o sobě stačí změnit klientovu situaci. Kim Berg také potvrzuje, že je užitečné reflektování vzájemného vztahu, protože ten ukazuje na vztahy klienta „venku“.

---

<sup>73</sup> Vymětal, J. *Obecná psychoterapie*, s. 78

<sup>74</sup> Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 37

<sup>75</sup> Srov. Vymětal, J. *Speciální psychoterapie*, s. 28

<sup>76</sup> Srov. Vymětal, J. *Obecná psychoterapie*, s. 181

<sup>77</sup> Srov. Berg, Insoo K. *Family Preservation*, s. 14

Pracovník by neměl vytvořit bližší vztah, než to vyžaduje terapeutický proces. Někdy se rozvine blízký vztah, který velkou měrou přispívá ke změně v klientově životě. Přesto je tento vztah považován za časově omezený.

Významným faktorem, který má velký vliv na psychoterapeutický proces je pocit bezpečí ve vztahu. Vymětal píše, že bezpečí ve vztahu je do značné míry dáno nejranějšími zkušenostmi klienta a chováním terapeuta. Pracovník je tím, kdo vytváří bezpečné prostředí.

Syřišťová píše, že u nemocných se schizofrenií je vytvoření důvěry zvláště důležité, protože nejsou vytvořeny opěrné body v realitě. Terapeut se stává jediným člověkem, který tvoří most mezi nemocným a okolním světem. Stává se tak jakýmsi spolehlivým spojencem proti ohrožující realitě. Pocit blízkosti, bezpečí a přijetí narušuje izolaci nemocného.<sup>78</sup> Duševně nemocný člověk velice citlivě vnímá přístup pracovníka. Je vnímavý k projevům lhostejnosti, formalismu a konvencím. Naopak dovede postřehnout opravdový lidský zájem. Siřišťová upozorňuje, že nemocnému ani tak nevádí neznalost odborníka, jako neosobní, formální lidský vztah. Pokud se navození důvěrného vztahu podaří, může vzniknout silnější pouto, než tomu bývá u neurotiků. Pracovník se nesmí nechat tímto jevem okouzlit a využívat ho pro vlastní citové uspokojení nebo posílení sebevědomí. Musí neustále usilovat o samostatnost nemocného a využívat k tomu jeho zdravé stránky osobnosti.<sup>79</sup>

Mentzos z pohledu psychoanalýzy upozorňuje na koncept „nedostatečnosti já“, který spočívá v jakési slabosti a nedostatečném ohraničení self vůči sobě samému i ve vztahu k druhým. Nepříznivé zkušenosti dítěte, jako je nedostatečná empatická mateřská péče, traumatizace, odmítání nebo naopak rozmazlování, přemíra podnětů nebo využívání dítěte, se spolupodílejí na nepříznivých objektivních vztazích, které stupňují touhu po symbióze a splnutí. Nemocný si uchovává touhu po sjednocení s objektem, ale zároveň i úzkost ze ztráty svého self ve vztahu. Tento konflikt zůstává aktuální po celý život. Nemocný se tak obává velké blízkosti i distance zároveň.<sup>80</sup> Vzniklá prázdnota je potom vyplněna symptomatikou ve formě bludů a halucinací. Psychotické projevy nemají pouze funkci obrany, ale vlastně funkci náhradního uspokojení za nezdařilé objektivní vztahy.<sup>81</sup> Objevují se jako odpověď na každou frustraci, zejména na pocit osamění a prázdnoty.

Mentzos upozorňuje, že nemocný je zvláště citlivý na projevy lhostejnosti. Reakce na odmítnutí se může objevit v podobě uzavření se do sebe, lhostejnosti k objektu, autismu nebo vzniku bludného vztahu s nádechem vztahovačného nebo perzekučního bludu. Když nemocný nemiluje, tak alespoň nenávidí a pronásleduje. Další reakcí může být agrese (vražedné fantazie) až násilné činy anebo sebevražedné tendence. V terapeutickém vztahu se nemocný brání většímu přiblížení, protože je prožíváno jako ohrožující. Čím je menší vzdálenost, tím je větší nebezpečí splnutí s objektem a z toho důvodu musí být odvráceno.<sup>82</sup>

#### Komunikace s klientem se schizofrenií

Jak má pracovník s klientem se schizofrenií komunikovat, aby byla jejich vzájemná spolupráce účinná? Stěžejním faktorem v pomáhajících profesích je vztah mezi

---

<sup>78</sup> Srov. Syřišťová, E. *Skupinová psychoterapie u psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*, s. 70

<sup>79</sup> Srov. tamtéž, s. 72

<sup>80</sup> Srov. Mentzos, S. *Dynamika duševní nemoci*, s. 38

<sup>81</sup> Srov. tamtéž, s. 37

<sup>82</sup> Srov. Mentzos, S. *Dynamika duševní nemoci*, s. 84

pracovníkem a klientem a komunikace mezi nimi. „Dobře navázaný kontakt podstatnou měrou zjednoduší další práci s klientem.“<sup>83</sup> Komunikace s nemocným může být někdy obtížná, klient bývá v napětí, protože je ovlivněn svojí vnitřní realitou a reakce mohou být nepředvídatelné.<sup>84</sup>

Probstová uvádí hlavní tři principy vztahu mezi pracovníkem a klientem: partnerství, respekt a flexibilitu.<sup>85</sup>

1. Flexibilita – komunikace se přizpůsobuje aktuální situaci – odlišná bude ve stadiu akutní epizody, jiná zase po jejím odeznění. Pracovník je schopen v akutní situaci převzít zodpovědnost za klienta, umět o něm rozhodovat a své jednání reflektovat. Mnohdy musí jednat s nemocným proti jeho vůli, což prohlubuje bludné myšlení. Doporučuje se nemocného maximálně informovat o tom, co se v danou chvíli děje a za jakým účelem.

2. Respekt – pracovník projevuje klientovi úctu a respekt jako k plnohodnotné lidské bytosti. Respektuje odlišnost klienta - jeho postoje, představy, hodnotový systém. Respekt znamená chápat klienta, nikoliv s ním bezmezně souhlasit. Pracovník respektuje potřebu klienta komunikovat, ale také možnost uzavřít se před okolním světem. Je na místě zdůraznit potřebu trpělivosti ke klientovi v každé fázi onemocnění. V akutní fázi je někdy komunikace obtížná. Klient ulpívá na některých slovech a větách, mluví nesrozumitelně, pracovník vlastně neví, „co z toho vybrat“. Po odeznění akutní fáze je třeba mít na paměti, že běžné činnosti vykonává klient velmi pomalu a trvá někdy dlouhou dobu, než se zcela vrátí k normálu.

3. Partnerství – pracovník s klientem spolupracuje na společném cíli. Znamená to hledat společně souvislosti, snažit se o změny, nabízet klientovi možnosti pomoci a vést s ním dialog. Klient musí mít možnost vyjádřit se k návrhům pracovníka. Probstová píše, že pracovník klientovi naslouchá a přitom nemá připravené hotové závěry. Princip partnerství eliminuje asymetrii ve vztahu. Expert není jen pracovník, ale expertem na svůj život je především klient sám.

Dále Probstová uvádí klíčové dovednosti v komunikaci, které by pracovník měl ovládat:<sup>86</sup>

4. Podpora, zájem a přátelská atmosféra. Důležité je zachovávat co možná největší autonomie a zodpovědnosti. Snažíme se minimalizovat nadměrné množství podnětů, hluku, stresových událostí.

5. Pracovník používá jasná a srozumitelná sdělení. Praško doporučuje v kontaktu s nemocným zachovávat klid, mluvit pomalu, používat jednoduché věty. Blízký člověk by si neměl brát osobně urážlivé chování nemocného, vhodné je používat věty jako: „Jsem tady. Záleží mi na tom. Chci ti pomoci. Jak ti můžu pomoci?“ Naopak nedoporučuje používat věty: „Přestaň se chovat jako blázen!“ Probstová nedoporučuje hovořit v kondicionálech, symbolických přirovnáních, humor využívat s rozvahou. Tím, jak pracovník komunikuje, stává se modelem pro komunikaci nemocného. Pokud ventiluje svá bludná přesvědčení, zásadně mu jej nevyvracíme, ale můžeme sdělovat, že vidíme skutečnost jinak. Je vhodné zaujmout takový postoj, že nemocnému věříme, co

---

<sup>83</sup> Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 129

<sup>84</sup> Srov. tamtéž, s. 129

<sup>85</sup> Srov. Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 39

<sup>86</sup> Srov. tamtéž, s. 42



slyší, vidí, prožívá, ale my si je vysvětlujeme jinak. Pracovník má v komunikaci aktivnější úlohu. Pomáhá zformulovat klientovy pocity a přání.

6. Pracovník bere vážně jakékoliv náznaky o sebevražedných úvahách, potažmo plánech.

7. Pracovník pracuje s klientem i sám se sebou. Měl by být schopen rozeznat, co se děje s klientem, ve vztahu mezi pracovníkem a klientem a reflektovat vlastní prožívání.

8. Pracovník zachovává spolehlivost – dodržuje dohodu o setkáních, kontinuitu práce, udržuje jasné hranice vztahu a jeho stálost.

9. Pracovník si všímá neverbálních projevů klienta – mimiky, tónu hlasu, držení těla, chápe zvýšenou citlivost klienta na neverbální projevy, dokáže udržovat optimální vzdálenost s klientem

10. Neslibuje, co nemůže splnit, raději slibuje méně, než aby klienta zklamal.

11. Pracovník dokáže unést nepřátelské projevy nemocného, reflektuje je, snaží se je pochopit a dokáže s nimi pracovat. Mohou být projevem frustrace, nepochopení nebo jako snaha o udržení rovnováhy za cenu zachování projevů nemoci.

12. Pracovník rozumí projevům psychózy v tom smyslu, že plní svoji funkci v klientově životě. Všímá si nejen obsahového sdělení klienta, ale také emočního a vztahového významu. Je schopen akceptovat ambivalenci v projevu, např. závislost a nezávislost, potřeba komunikace a stažení se a pomáhá je klientovi zvládnout.

Možná úskalí ve vztahu a komunikaci

V některých fázích schizofrenie se můžeme setkat s patologií ve vztahu. Vavrda píše, že v důsledku narušení schopnosti přiřazovat významy, se psychika člověka chrání před zaplavením velkého množství zážitků a objevují se stavy „nevztahnosti“.<sup>87</sup> O nevztahovosti duševně nemocných píše i Probstová. Popírání vztahu se může objevit nejen u klienta, ale také u pracovníka, který se tak nevědomě chrání. „Práce s lidmi se schizofrenní psychózou může být ohrožující z řady důvodů. Ať již je to silou dezintegrace psychických funkcí (ztráta testování reality, hranic self a okolí), mírou regrese, stažení se z interpersonálních vztahů či silou idealizace či perzekučních přesvědčení.“<sup>88</sup>

Probstová popisuje překážky, které se mohou ve vztahu pracovník – klient objevit:<sup>89</sup>

- Zkreslené vnímání a přenosové reakce jsou v akutní fázi onemocnění přirozeným jevem. Vyskytují-li se dlouhodobě, musí být citlivě osloveny. Terapeutická situace může vyvolávat zkreslení i ze strany pracovníka.
- Pochybnosti nemocného o kompetenci pracovníka a jeho schopnostech.
- Potíže ve sdělování pocitů. Pro klienta může být situace s pracovníkem ohrožující, tak raději nemluví o sobě, ale o obecných věcech.

---

<sup>87</sup> Srov. Vavrda, V. *Vztahové systémy v psychoterapeutickém prostoru*. In Vymětal, J. *Obecná psychoterapie*, s. 82

<sup>88</sup> Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 37

<sup>89</sup> Srov. tamtéž, s. 43

- Reálné negativní zkušenosti se systémem mohou spolupráci zkomplikovat, například nedostatkem času, paternalistickým přístupem nebo napětím uvnitř pracovního týmu.

Vztahování patří neodmyslitelně k člověku. Pro duševní stabilitu je zapotřebí bezpečného vztahu, který je nemocnému oporou a zároveň slouží jako model ke vztahování k druhým v okolním světě.

## 2.5 Sociální rehabilitace

K posledním ze třech pilířů léčby schizofrenie patří sociální rehabilitace. Hlavním jejím cílem je aktivizace nemocných a snaha o jejich resocializaci.<sup>90</sup> Socioterapie, jak se také sociální rehabilitace nazývá, vytváří určitý chráněný prostor a zároveň model světa, ve kterém klient vykonává běžné lidské činnosti.<sup>91</sup>

Socioterapie podporuje zdravé, všední, na nemoc nevázané stránky individuality člověka. Snaží se zachovat běžné sociální dovednosti člověka tak, aby zabránily jeho marginalizaci. Mahrová píše: „Cílem veškerého snažení je, aby klient měl schopnost žít a jednat v sociálním a politickém prostoru dané společnosti. Také aby vyzkoušel, v kterých oblastech jsou pro něj aspekty nemoci skutečnou překážkou a kde si je vytváří sám. Zároveň mu terapie dává možnost získat kompetence, jak se s takovými situacemi vypořádat.“<sup>92</sup>

Pokud by se s klientem pracovalo pouze psychoterapeuticky (verbalizování pocitů, hledání projevů přenosu atd.), klient by byl veden k regresi a hospitalizmu. Psychoterapeutické situace mají své místo, ale nenabízejí klientovi tolik reálné situace, jako socioterapie.<sup>93</sup>

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 ustanovuje sociální rehabilitaci jako: „Soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“

Sociální rehabilitace zahrnuje tyto základní činnosti:<sup>94</sup>

- nácvik péče o domácnost, péče o děti, nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, nácvik využívání dopravních prostředků, nácvik komunikace a práce s informacemi,
- upevňování získaných schopností,
- podávání informací a zprostředkování služeb.

Organizovaný socioterapeutický program nevyvolává v nemocném stres a zároveň poskytuje přiměřené množství podnětů v bezpečném prostředí. Schizofrenie se totiž poji

<sup>90</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 366

<sup>91</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 68

<sup>92</sup> Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 33

<sup>93</sup> Srov. tamtéž, s. 92

<sup>94</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 70

s tendencí k pasivitě a izolaci před druhými lidmi. Praško uvádí, že škodit může jak nadbytek podnětů, tak i jejich nedostatek. Málo podnětů vede k pasivitě a ztrátě zájmů, jejich nadbytek může u nemocného vyvolat úzkost, agresi a zklamání.<sup>95</sup> Již v průběhu hospitalizace se nemocný zúčastňuje „pracovní terapie“, která přináší pocit užitečnosti a smyslu a navrácí jeho otřesenou sebedůvěru.

Vágnerová píše, že: „Pracovní zařazení je často používáno jako měřítko sociální adaptace.“<sup>96</sup> Návrat do zaměstnání bývá v některých případech zatěžující až nemožný ze dvou důvodů: Nemocný se cítí unavený, hůře se adaptuje, ztrácí předešlé pracovní návyky. Také se může setkat s nepochopením ze strany spolupracovníků. Mnohdy se obává sdělit podrobnosti o své pracovní neschopnosti.

Socioterapie zahrnuje i jiné způsoby zaměstnávání např. chráněná pracoviště, o kterých bude pojednáno v kapitole 4 – „Sociální souvislosti přístupu u nemocných se schizofrenií“. Léčebná atmosféra kromě lůžkových zařízení probíhá i v denních stacionářích, centrech sociálně rehabilitačních služeb, klubech a dílnách.

## 2.6 Koncept „zotavení“

Moderní psychiatrie v léčbě schizofrenie rozlišuje klasický pojem „vyléčení“ jako nepřítomnost všech projevů duševního onemocnění a „úzdavu s defektem“ (sociální úzdavu), která je stavem s přetrváváním symptomů. Foitová uvádí, že pro řadu nemocných je prvořadým úkolem právě sociální zotavení a ne úplné vymizení projevů nemoci.<sup>97</sup>

Zotavení je individuální osobní proces, v kterém se snaží jedinec dát svému životu znovu obsah. Těžištěm zotavení je jedinec sám. Znamená to akceptovat určitá omezení a obracet svoji pozornost na silné a zdravé stránky osobnosti. Nemocný musí překonat pocity zoufalství a beznaděje a korigovat svá životní přání. Během tohoto procesu se obnovuje sebeúcta nemocného a kontrola nad vlastním životem. Weeghel rozlišuje dvě dimenze zotavení: vnitřní psychologickou, kdy dochází k obnově obrazu sebe sama, obnovení naděje a stanovení přiměřených cílů. Druhá dimenze je viditelným projevem zotavení v oblasti bydlení, zaměstnání, učení, sociálních kontaktů.<sup>98</sup>

Proces zotavení lze chápat ve čtyřech fázích:

- nemocný je přemožen příznaky, zaměřuje se úzce na překonání tohoto období,
- nemocný se snaží aktivně se symptomy vypořádat a znovu nalézt sebe sama,
- nemocný se učí, jak žít s nemocí, obnovovat silné stránky,
- onemocnění je v pozadí a klient obnovuje svoje role, stanovuje nové cíle.

Zotavování je dlouhodobý komplexní proces (může trvat i několik let), plný krizí a zvratů. Anthony definuje zotavení jako „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů a cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který přináší uspokojení, naději a prospěch i přes limity způsobené nemocí. Zotavení zahrnuje

---

<sup>95</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 75

<sup>96</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 366

<sup>97</sup> Srov. Foitová, Z. *Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši*. In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 221

<sup>98</sup> Srov. Weeghel, J. *Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními*. In Pěč, O. Probstová, V. *Psychózy*, s. 20

vytváření nového smyslu a účelu vlastního života.“<sup>99</sup> Tento koncept obrací pozornost ke kvalitě života s nemocí z toho pohledu, jak jej vidí sám nemocný. Proto musí být nemocný zplnomocňován k tomu, aby hledal a uskutečňoval smysluplnost svého života navzdory onemocnění.

Léčba schizofrenie prošla značným vývojem a stále v něm pokračuje. Hlavní pilíře jsou postaveny na farmakoterapii, psychoterapii a sociální rehabilitaci. Je žádoucí, aby byly všechny tyto části v léčbě přítomné a vzájemně se doplňovaly. Důležitou podmínkou léčby je spolupráce nemocného, rodiny a klienta, založena na vzájemné důvěře. Hlavním cílem léčby není ani tak odstranění příznaků nemoci, ale umění s nemocí žít a posilovat kladné stránky klienta.

---

<sup>99</sup> Anthony In Pěč, O. Probstová, V. *Psychózy*, s. 221

### 3 Klient v systému sociálních služeb

Klient s duševním onemocněním pro svoji obtížnou životní situaci potřebuje systém nejrůznějších subjektů a institucí, které jsou vzájemně propojeny, aby zabezpečily klientovi návaznost péče.<sup>100</sup> V této kapitole představím sociální služby pro duševně nemocné, které si kladou za cíl zlepšit kvalitu života a zabránit sociálnímu vyloučení (exkluzi). Pracovník by o nich měl mít přehled, aby je klientovi mohl aktivně nabízet.

#### 3.1 Sociální služby

Sociální služby jsou služby poskytované v rámci státního systému sociálního zabezpečení. Duševně nemocným jsou poskytovány pro jejich společenské znevýhodnění a slouží ke zlepšení kvality života. Společnost má zájem na tom, aby tito lidé nebyli ze společnosti vyloučeni. Pomoc duševně nemocným vychází ze základních lidských práv, která byla deklarována v mezinárodních dokumentech. Mezi nejdůležitější patří Všeobecná deklarace lidských práv, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, dále Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a Evropská sociální charta.<sup>101</sup>

Myšlenka rovnosti vychází již z křesťanství. Znevýhodněným lidem je třeba šance na uplatnění vyrovnávat, protože každý člověk je hodnotný sám o sobě bez ohledu na zásluhy, které vykonal.

Sociální služby jsou poskytovány veřejnoprávní nebo soukromoprávní institucí. V každém případě je však garantem jejich kvality stát.<sup>102</sup> Způsoby rozdělení sociálních služeb jsou rozmanité. Podle oblasti, kterou zahrnují, je můžeme rozdělit na poradenství, péči (podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní stacionáře) a prevenci (kontaktní centra, telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory). Podle zřizovatelů a poskytovatelů rozlišujeme tři sektory: státní (veřejný) sektor, soukromý (podnikatelský) sektor a neziskový sektor (občanská sdružení, nadace, církevní organizace, svépomocná sdružení).<sup>103</sup>

Lidé s duševním onemocněním mohou využívat řadu služeb v situaci, kterou nejsou schopni řešit vlastními silami nebo s pomocí svých nejbližších. Pomoc duševně nemocným je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb. - Zákon o sociálních službách. Smyslem zákona je napomáhat prostřednictvím služeb začleňování nemocných do společnosti a chránit je před jejich vyloučením. V zákoně nacházíme základní zásady: „Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.

---

<sup>100</sup> Srov. Vodáčková, D. *Krizová intervence*, s. 500

<sup>101</sup> Srov. Jandejsek, P. Kombercová, Z. *Lidská práva a sociální spravedlnost v sociální práci*. In Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 100

<sup>102</sup> Srov. Matoušek, M. *Sociální služby*, s. 9

<sup>103</sup> Srov. tamtéž, s. 12

Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“

Matoušek píše, že vzhledem k tomu, že schizofrenie je onemocněním, které se v průběhu času proměňuje, měly by služby reagovat na měnící se potřeby nemocného. Pracovník může mít roli manažera, který zajistí návaznost služeb a jejich vzájemnou spolupráci.<sup>104</sup>

Mahrová píše: “Základní vlastností sociálního systému služeb o duševně nemocné by mělo být aktivní vyhledávání.“<sup>105</sup> Je tomu tak proto, že nemocný si ani nemusí být vědom toho, že jím trpí anebo má potíže někomu je svěřit. Může být také vzhledem ke svému onemocnění znevýhodněn v jejich vyhledávání. Pracovník by měl klientovi služby aktivně nabízet a pomoci v jejich orientaci. Také by měl brát v úvahu kontext klienta, včetně jeho rodiny. Duševní onemocnění má na všechny její členy vliv a je ve vzájemné interakci.<sup>106</sup>

Prvním článkem v síti služeb bývá nejčastěji psychiatrická ambulance nebo kontaktní centrum. Udělat první krok není pro nemocného lehký. Počátek nemoci je spojen s úzkostí, popíráním, únikem ze strany nemocného i jeho blízkých. Návštěva psychiatra bývá obvykle vnímána jako projev slabosti nebo selhání. Psychiatr poskytuje základní diagnostiku, farmakoterapii, popř. psychoterapii.

V akutní fázi psychotického onemocnění se někdy nevyhne rezidenční (pobytové) péči, zpravidla na psychiatrickém oddělení v rámci nemocnic nebo léčeben. V případě, že nemocný ohrožuje sebe nebo své okolí, je hospitalizace nutná i bez souhlasu nemocného. Současná moderní psychiatrie směřuje k omezování lůžkových zařízení a jejich náhradu za komplementární psychiatrickou péči. Sociální rehabilitaci je optimální zahájit co nejdříve po odeznění akutních příznaků. Zvolský píše, že to platí zejména u prvních epizod nemoci, kde můžeme očekávat obnovení kvality života v plné šíři.<sup>107</sup>

Pokud to stav nemocného dovolí, vhodnou alternativou péče je stacionární forma. Její volba je vhodná k překlenutí období mezi hospitalizací a běžným životem. Příkladem takové péče jsou denní stacionáře, kde se nemocný účastní různých programů a poté se vrací do domácího prostředí.<sup>108</sup>

V současné době se také začínají využívat terénní sociální služby, jejichž nespornou výhodou jsou nízké ekonomické náklady. Matoušek dále píše, že někteří duševně nemocní sami organizují svépomocné skupiny, tzv. pacientské kluby.<sup>109</sup>

Definování služeb a jejich charakteristiku najdeme podrobně popsáno v zákoně o sociálních službách. Službám věnujícím se specifickým potřebám duševně nemocných, jako je bydlení, zaměstnání, vzdělávání a volný čas, se budeme zabývat v kapitole 4.

---

<sup>104</sup> Srov. Matoušek, M. *Sociální služby*, s. 99

<sup>105</sup> Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 45

<sup>106</sup> Srov. tamtéž, s. 47

<sup>107</sup> Srov. Raboch, J. Zvolský, P. *Psychiatrie*, s. 504

<sup>108</sup> Srov. tamtéž, s. 505

<sup>109</sup> Srov. Matoušek, M. *Sociální služby*, s. 100

### 3.2 Komunitní péče

Nové trendy v psychiatrii ovlivnily i systém sociálních služeb. Snižování počtu nemocničních lůžek pro osoby s duševním onemocněním jde ruku v ruce s rozvojem přirozeného prostředí v komunitě.

V našich zemích vznikaly první komunity v devadesátých letech. Jejich filozofie vychází z přesvědčení, že schizofrenie je podmíněna mnoha faktory a proto je také ovlivnitelná v bio-psycho-sociální oblasti (interakční model schizofrenie). Foitová píše, že psychosociální faktory nejsou v léčbě druhořadé, ale „faktory potencionálně terapeutické“, které mohou být cíleně a dlouhodobě využívány, pokud to systém péče umožňuje. Příkladem může být ovlivnění atmosféry v rodině nebo edukační programy pro školu a sousedy.<sup>110</sup>

Komunitní péče je definována jako: „Systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci i lidem s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem.“<sup>111</sup> Může probíhat v denních sanatoriích, sociálně aktivizačních centrech, chráněných dílnách apod.

Foitová shrnuje v několika bodech přínosy komunitní péče:<sup>112</sup>

- komunitní péče je komplexní – nabízí farmakoterapii, rodinnou intervenci, case management, krizovou intervenci, trénink dovedností, integrovaný přístup u duálních diagnóz, podporované bydlení, zaměstnávání a další služby,
- komunitní péče pozitivně ovlivňuje kvalitu života – nemocní s chronickým průběhem onemocnění mohou subjektivně hodnotit svůj život jako kvalitní, pokud mají například hodnotné sociální vazby.<sup>113</sup> V rámci komunitních služeb si mohou samostatně volit druh pomoci, který jim vyhovuje. Klienti jsou aktivně zváni do plánování péče, která je „šitá na míru“,
- komunitní péče je alternativou hospitalizace, která je mnohdy zbytečně prodlužována ze sociálních nebo existenčních důvodů (klient nemá kde bydlet, je konfliktní ve vztahu k rodině),
- komunitní péče má preventivní charakter - pracovníci dokáží rozpoznat zhoršení potíží,
- komunitní péče má destigmatizační vliv – péče je poskytována v přirozeném prostředí klienta a není uzavřena veřejnosti. Tomu přispívají různé informační nebo zážitkové programy pořádané pro zdravé i nemocné,
- komunitní péče je lépe kontrolovatelná před porušením lidských práv - je založená na partnerském vztahu mezi klienty a odborníky. K hodnocení péče jsou vyzýváni samotní jeho uživatelé.

---

<sup>110</sup> Srov. Foitová, Z. *Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši*. In Pěč, O. Probstová, V. *Psychózy*, s. 216

<sup>111</sup> Pfeiffer In tamtéž, s. 211

<sup>112</sup> Srov. Foitová, Z. *Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši*. In tamtéž, s. 219

<sup>113</sup> Srov. Hejzlar In tamtéž, s. 218

Souhrnně lze říci, že cílem komunitní péče je sociální začlenění lidí s duševním onemocněním a zároveň boj proti jejich sociálnímu vyloučení s důrazem na individuální přístup ke klientovi.<sup>114</sup>

Komunitní centra nejsou vhodná pro akutní stadium duševního onemocnění. V případě sebevražedného nebo agresivního jednání je důležité nemocného hospitalizovat na uzavřeném oddělení. Teprve ve fázi doléčování jsou vhodnou volbou. Jarolínek podotýká, že jsou stále nemocní, kteří jsou rádi léčeni spíše na psychiatrickém oddělení, než v rámci komunity. Uzavřené oddělení jim poskytuje bezpečné prostředí vzdálené od domova. Někteří lidé si potřebují odpočinout od stresového rodinného nebo pracovního prostředí. „I tenhle azylový pečující charakter lůžkových zařízení je samozřejmě důležitý“, říká Jarolínek, „hodně záleží na tom, jak vypadá domácí prostředí.“<sup>115</sup>

Pěč uvádí osobní sdělení ženy s duševním onemocněním, která je pobytu v nemocnici nakloněna: „*Stačí maličkost a začnu myslet na nemocnici, táhne mne to tam, nemocnice je jako droga – najednou máš pocit, že jen TAM se můžeš cítit dobře a dokonce že jenom TAM budou léky účinkovat. V nemocnici je umělá atmosféra, pak když se vrátíš, máš dojem, že je venku těžko – a to tedy znamená, že jsi ještě špatná psychicky. V nemocnici nebyly žádné starosti a to pak venku chybí – v práci a doma to vypadá tak těžké.*“<sup>116</sup>

Další výhodou psychiatrických oddělení v rámci léčeben nebo nemocnic spatřuje Jarolínek v tom, že jsou součástí komplexní zdravotní péče. Nemocný s duševním onemocněním často své tělo zanedbává a tak je výhodné, pokud může být o nemocného pečováno i po stránce somatické.<sup>117</sup>

Komunitní péče je u nás stále nedostatkovým zbožím. Přesun péče z nemocničních lůžek k alternativním službám není jednoduchý. Ve Spojených státech se tato rychlá změna nesetkala se zdarem. Uzavření lůžkových zařízení mělo za následek nárůst bezdomovectví a kriminality. Podle Jarolímka musí být změna postupná - redukovat počet lůžkových zařízení za souběžného budování komunitních center. Evropský trend decentralizace psychiatrické péče v plné šíři zatím u nás čeká svého naplnění.<sup>118</sup>

### 3.3 Integrativní přístup

Vedle nemocniční a komunitní péče se objevuje ve vyspělých zemích od 90. let (Velká Británie, Itálie, USA, Kanada) také tzv. integrativní přístup. Tento přístup je charakteristický propojením neformální péče (rodina, přátelé), lékařské péče a specializované péče. Služby jsou poskytovány klientovi tehdy, pokud nestačí ani komunitní forma podpory. Její hlavní součástí jsou mobilní komunitní týmy, které pracují s klienty v jejich přirozeném prostředí podle specifických potřeb.<sup>119</sup> Do týmu je zahrnut lékař, sociální pracovník, střední zdravotnický personál, psycholog, ergoterapeut a další rehabilitační pracovníci.

<sup>114</sup> Srov. Centrum psychosociální rehabilitace Břevnov [online], Dostupné na WWW: [www.fokus-praha.cz](http://www.fokus-praha.cz)

<sup>115</sup> Jarolínek, M. časopis *Esprit: Klady a zápory psychiatrických léčeben a komunitních center.*

<sup>116</sup> Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 213

<sup>117</sup> Srov. Jarolínek, M. časopis *Esprit: Klady a zápory psychiatrických léčeben a komunitních center*

<sup>118</sup> Srov. tamtéž

<sup>119</sup> Srov. Foitová Z. *Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši.* In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 227



Jako alternativa k profesionálnímu pomáhání se ve vyspělých zemích rozvinul model „vytváření podpůrného prostředí“. Jeho základní myšlenkou je názor, že k integraci duševně nemocného je nutno využít především jeho vlastních kompetencí a přirozených vazeb a teprve potom profesionální služby. Podpora tedy začíná posílením zdravých stránek klienta, podporou rodiny, přátel, sousedů, využíváním běžných služeb v klientově okolí a teprve potom specifických služeb pro duševně nemocné. Tento model se snaží nepodceňovat neformální podpůrnou síť, což se v současné době děje zřídka. Běžně se setkáváme s tím, že klient využívá pouze specifické služby, které jsou přetížené, a navíc vzniká jakýsi paralelní svět nemocného vedle běžně existujícího. V integrativním přístupu pracují odborníci jak s klienty, tak s neformálním podpůrným systémem klienta a zabraňují izolaci od okolního světa.<sup>120</sup>

Sociální služby jsou významnou pomocí nemocnému ke zlepšení kvality života, umožňují jeho sociální inkluzi a zabraňují sociální exkluzi. Poskytování služeb by mělo odpovídat individuálním potřebám klienta a podporovat jeho rozvoj tak, aby nakonec vyústil v jeho samostatnost. V současné době nabývá na významu komunitní péče, která poskytuje komplexní systém služeb a neodděluje klienta od jeho přirozeného prostředí. Integrativní přístup v péči o nemocné se schizofrenií prozatím v naší zemi čeká na zavedení do praxe.

---

<sup>120</sup> Srov. Foitová Z. *Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši*. In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 229

## 4 Sociální souvislosti přístupu ke klientům se schizofrenií

Klienti s duševním onemocněním mají stejné potřeby a přání jako osoby zdravé: dobré vztahy, zaměstnání, bydlení a smysluplné trávení volného času. V důsledku nemoci může být naplňování těchto potřeb komplikováno. Dochází k narušení mnoha sociálních rolí a ztrátě kompetencí, které buďto byly před vypuknutím nemoci přítomné a v důsledku ní došlo k jejich ztrátě nebo přítomné nebyly, protože byl jedinec zasažen v průběhu jejich vytváření. Celkově lze říci, že duševně nemocný je se svojí nemocí hůře adaptován na zevní prostředí a potřebuje specifickou podporu a pomoc. V následující části se budu zabývat specifickými potřebami nemocných a možnostmi, jak tyto potřeby naplňovat.

Mezi nejzákladnější potřeby patří harmonické vztahy s nejbližšími v rámci rodiny. Rodina je považována za hlavní faktor, který příznivě ovlivňuje onemocnění. Mnohdy je jedinou podporou nemocnému. Mezi další potřeby musíme zmínit bydlení, vzdělávání, zaměstnání a trávení volného času. Poslední část této kapitoly bude pak věnována nejčastějším problémům, které se s tímto onemocněním pojí a také ho komplikují – užívání návykových látek, bezdomovectví, sebevražedné jednání a nakonec stigmatizace duševně nemocných.

### 4.1 Rodina a schizofrenie

Onemocnění, jako je schizofrenie, představuje zátěž nejenom pro daného člověka, ale také pro jeho blízké okolí, především pro rodinu. Rodina je obvykle první, která si všimne nezvyklého chování svého člena a také zůstává hlavním, často jediným zdrojem podpory. Rodina je také jednou z nejdůležitějších oblastí, která může pozitivně ovlivnit průběh a prognózu onemocnění. Jarolímek uvádí, že 70 % lidí se schizofrenií žije stále se svými rodiči nebo příbuznými ve společné domácnosti.<sup>121</sup> Schizofrenie vyvolává v rodině krizi a narušuje rovnováhu celého systému. V následující části si budeme všimnout, jaké reakce schizofrenie vyvolává v rodině a jak se s ní členové vyrovnávají. Popíšeme dva extrémní způsoby vztahování, které nepůsobí na klienta blahodárně.

V počáteční fázi, kdy se objevují hlavně nespecifické příznaky (podrážděnost, vztahovačnost, únava, nervozita, nespavost), se nemocný uzavírá před světem a již tehdy dochází ke změně v rodinném klimatu. Komunikace v rodině je obtížná, není jednoduché se do nemocného vcítit a pochopit. Chování je čím dál tím více nepředvídatelné a nesrozumitelné, což v rodině vyvolává napjatou atmosféru. U členů rodiny se začínají objevovat pocity nejistoty a ohrožení. Snaha nemocného izolovat se obvykle objevila již dávno. Nemocní mají všeobecně méně přátel a sociálních vazeb mimo rodinu.<sup>122</sup> Blízkým často ani nepřijde na mysl, že by první projevy mohly souviset s duševní chorobou. Pocity bezradnosti obvykle vedou k hledání alespoň nějakého vysvětlení potíží, například „špatnou povahou“ nebo „charakterovou vadou“.

Zjištění, že u blízkého člověka se objevilo duševní onemocnění, představuje krizi pro celou rodinu. Důsledky onemocnění a jeho projevy závisí na mnoha faktorech. Savenje píše, že rodinná atmosféra je ovlivněna tím, který člen schizofrenií onemocní, zda jeden z rodičů, partnerů nebo dětí, zda se jedná o první projev nemoci nebo o její

---

<sup>121</sup> Srov. Jarolímek, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 21

<sup>122</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 355

chronickou fází. V neposlední řadě je důležité, v jaké vývojové fázi se rodina nachází, jaké byly dosavadní vztahy a obvyklé způsoby reagování na krizové situace.<sup>123</sup>

Od počátečního zjištění, že se jedná o duševní onemocnění, probíhá u každého člena rodiny dlouhodobý proces, který může a nemusí skončit akceptací nemoci u nemocného i jeho blízkých. E. Kubler-Rossová charakterizovala 5 fází tohoto procesu:<sup>124</sup>

#### Fáze šoku

Rodina reaguje šokem na novou informaci. Její členové prožívají obavy, tíseň a strach. Mohou se ptát: „Proč se to stalo právě nám? Proč právě nyní?“

#### Fáze popření

Situace je pro rodinu natolik ohrožující a nepřijatelná, že se v této fázi objevuje popření skutečnosti. Rodina o nemoci nemluví, popř. ji zlehčuje, před okolím se snaží informace zatajit, stahuje se do izolace. Vágnerová píše, že tato reakce je do jisté míry způsobena sociálním stigmatem duševní choroby. Rodina se za diagnózu schizofrenie stydí, považuje ji za svoji slabost, selhání. Jarolímek píše, že popření bohužel oddaluje začátek léčby, což zhoršuje prognózu onemocnění.<sup>125</sup>

#### Fáze hněvu a agrese

Běžným projevem v této fázi je hledání příčiny onemocnění a hledání toho, co onemocnění zavinilo. Nejčastěji jsou za viníka označeni členové rodiny, ale i další lidé, například spolužáci, spolupracovníci, zdravotnický personál atd. Rodina se může trápit přemýšlením nad tím, co udělala špatně ve výchově nemocného člena. Vágnerová uvádí, že někdy je za viníka označován sám nemocný. „Běžnou reakcí bývá v tomto období i zklamání, hněv a zlost, jež lze interpretovat jako emoční vyjádření nezpracované zátěže.“<sup>126</sup>

#### Fáze deprese

Sám nemocný prožívá tuto fázi velice výrazně. Po odeznění akutní fáze si začíná uvědomovat, co se s ním děje, nastává období smutku a úzkosti ze ztráty. Rodina do jisté míry problém zpracovala a tak se snaží hledat cesty k léčení nemoci, které mohou být zkreslené. Jednou z nich je odmítání léčby na psychiatrickém oddělení nebo její dlouhodobé trvání. Léčení je zdlouhavé, nepřináší rychlý efekt a může v rodině vyvolat pocity bezmoci a rezignace. Nemocný i jeho rodina potřebují v tomto období mnoho porozumění a podpory.

#### Fáze přijetí

Přijetí pravdy o onemocnění může mít dvojí podobu. Rodina i nemocný se dívá na schizofrenii realisticky, snaží se novým změnám přizpůsobit a nemocného podporuje. Tento postoj lze hodnotit pozitivně. V horším případě k akceptaci nemusí dojít. Rodina prožívá nadále pocity zoufalství a na celou situaci rezignuje. Rezignace může být trvalá a vyústit v neurózu nebo depresi. V důsledku schizofrenie může dojít k rozpadu celé rodiny a snaze nemocného umístit do ústavní péče.

---

<sup>123</sup> Srov. Savenje, A. *Rodina a psychiatrické onemocnění*. In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 199

<sup>124</sup> Srov. Rossová, E. K. In Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 132

<sup>125</sup> Srov. Jarolímek, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 21

<sup>126</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 357

Výše uvedené fáze mohou mít různou délku trvání, mohou se střídát v různém pořadí a u různých členů probíhat odlišně. Svatošová zmiňuje, že v některých fázích nemoci potřebují členové rodiny více podpory a porozumění, než sám nemocný. Úkolem odborníků i blízkých osob je udělat maximum, aby proces vyrovnávání se se schizofrenií vyústil do fáze smíření, nikoliv do fáze rezignace.<sup>127</sup>

Přestože je nemocný pouze jeden člen rodiny, schizofrenie naruší rovnováhu celého systému. Obecně lze říci, že nejen nemocný je izolován od společnosti, ale izoluje se i celá rodina od přátel a známých. Vágnerová píše, že v rodině dochází k narušení zvyklostí a pravidel, dosud neřešené rodinné problémy se dostávají na povrch. Mluví se o věcech, které se staly v minulosti a nemusí ani souviset s nemocným, připomínají se chyby, kterých se dopouštějí všechny rodiče. V důsledku onemocnění dochází k novému uspořádání vztahů v rodině.

V rodinách se obvykle setkáváme se strachem ze zhoršení příznaků, z agresivity nebo nebezpečí sebevražedného jednání. Především po propuštění z nemocnice do domácí péče je nemocný ve zvýšené míře pozorován a litován, členové rodiny se obávají vzdálit od nemocného a nevěnují se svým zálibám. Dochází k nezdravému fungování rodiny. Kalina píše, že nepřiměřené obavy mohou vytvořit v rodině neúnosnou atmosféru, ve které má nemocný pozici „skrytého vládce“ nebo pozbývá odpovědnosti a možnosti rozhodovat.<sup>128</sup>

Kalina při práci s rodinou doporučuje oddělit strach z nemocného od strachu z příznaků: „Nemoc není s pacientem totožná“. A také oddělit nemoc od sebe samých: „Nemoc není jejich a nemocný má obvykle strach daleko větší“. Rodiny, které mají minimální toleranci k příznakům nemoci, mohou z těchto důvodů naléhat na odborníky, aby byl nemocný opět hospitalizován.

### Míra vyjadřování emocí

V posledních letech je více pozornosti věnováno míře projevení emocí (expressed emotion) v rodině. Silné vyjadřování toho, jak se cítí a co se v příbuzných odehrává, se stává zdrojem stresu pro nemocného a má negativní vliv na průběh schizofrenie. Praško uvádí, že u rodin s vysokou mírou vyjadřování emocí, dochází k relapsu u 55% nemocných, kdežto u nemocných, kde k tomu neodchází, jen 20%.<sup>129</sup> Podle výzkumů bylo zjištěno, že je velká intenzita vyjadřování emocí je faktorem přispívajícím k rozvoji choroby, ale i výsledkem jejích symptomů.<sup>130</sup> Savenje i Vágnerová uvádějí, že míra projevení emocí by měla být spíše interpretována jako reakce na obtížnou situaci v rodině a ne jako jedna z příčin schizofrenie. Kritičnost a přehnaná péče jsou přirozeným důsledkem onemocnění. V rámci léčení schizofrenie je práce se snižováním vyjadřování emocí součástí rodinné terapie a vede zpravidla ke zlepšení stavu nemocného.<sup>131</sup>

---

<sup>127</sup> Srov. Svatošová, M. In Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 134

<sup>128</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 134

<sup>129</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 46

<sup>130</sup> Srov. Parker, Johnston a Hayward, 1988 In Atkinson, R. *Psychologie*, s. 552

<sup>131</sup> Srov. Savenje, A. *Rodina a psychiatrické onemocnění*. In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 204 a Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 359

## Nejčastější přístupy rodiny k nemocnému

V rámci rodiny se setkáváme s dvěma přístupy, které nepříznivě ovlivňují průběh schizofrenie. Je to kritizující a hyperprotektivní přístup. Rodiny zaměřené na výkon, označují příznaky nemoci jako slabost a selhání a mohou se přerůst v kritiku. Kritizující přístup obviňuje nemocného za jeho chování a nepřizpůsobivost. Zdravý člověk nechce být vtahován do světa bludů a halucinací a tak omezuje komunikaci s nemocným. Nemocný je sice formálně akceptován, ale dochází k odstupu mezi členy rodiny navzájem a izolace nemocného se prohlubuje. Atkinson píše, že častěji je rodina tolerantnější k pozitivním příznakům, jako bludy a halucinace, ne však k negativním příznakům, jako je pasivita, nedostatek motivace a ztráta vůle.<sup>132</sup>

Druhý přístup představuje hyperprotektivní péči, která je stejně tak negativní jako kritizující postoj. Jedná se o nadměrně ochranný postoj, ve kterém je nemocný středem veškeré péče, dostává se do role malého dítěte. Rodiče na nemocného nekladou žádné požadavky a všem jeho výzvám vyhoví. V péči o nemocného obětují veškerý čas i sílu na úkor svých zájmů. Domnívají se, že oni nejlépe nemocnému rozumí a tak rozhodují za něj. Tento postoj uvádí nemocného do závislého postavení a znemožňuje převzít zodpovědnost za sebe sama. Udržuje ho v pasivní pozici. Kalina píše, že nemocný může svého postavení vědomě využívat.<sup>133</sup> Vágnerová píše, že matka může dokonce přebírat bludné uvažování nemocného a reagovat na něj v rámci reality. Ztrácí tak určitý náhled na situaci, což ji poskytuje iluzi o emoční blízkosti s nemocným. Oba zmíněné přístupy se mohou vzájemně doplňovat. Přehnaná péče bývá doprovázena také vysokou mírou hostility a kritiky vůči nemocnému.<sup>134</sup>

Rodinná terapie napomáhá k normalizaci vztahů v rodinách. Někdy má za následek sblížení, jindy naopak oddálení, pokud jsou její členové v příliš těsné symbióze. Zpočátku je oddálení prožíváno nepříjemně, ale později vede ke zdravějšímu zranění všech zúčastněných.<sup>135</sup>

### Jak může pomoci nemocnému rodina?

- Rodina by se měla vyvarovat silných emocí, výčitkám, kritice, manipulaci. Prospěšnější pro nemocného je podpora, zájem a přátelská atmosféra. Rodina by měla usilovat o co možná největší zachování autonomie a zodpovědnosti. V akutní fázi může převzetí zodpovědnosti snížit stres, ale nemělo by dojít dlouhodobému řízení života nemocného.
- Doporučuje se používat jasná a srozumitelná sdělení. Není vhodná ironie, narážky, náznaky. Také se nedoporučuje tzv. dvojná vazba v komunikaci, což znamená, že verbální projev neodpovídá neverbálnímu, například partner se mračí a přitom sděluje nemocnému, že ho má rád. Lidé trpící schizofrenií se tak dostávají do stavu silné úzkosti.
- Rodina podporuje nemocného v užívání léků, v komunikaci s vnějším světem, včetně jeho zájmů.
- Rodina vede nemocného k samostatnosti. Tomu může bránit zvýšená pozornost a úzkostnost jejích členů. Některé rodiny nepotřebují, aby byl nemocný

---

<sup>132</sup> Srov. Atkinson, R. *Psychologie*, s. 552

<sup>133</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 133

<sup>134</sup> Srov. Atkinson, R. *Psychologie*, s. 551

<sup>135</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 153

soběstačný, protože jim péče o nemocného přináší smysluplnost v životě a pokud by neexistovala, vytvořil by se prázdný prostor.

- Rodina by měla co možná nejvíce minimalizovat nadměrné množství podnětů, hluku a stresových událostí.
- Jestliže je chování nemocného nadměrně nepříjemné nebo rušivé, rodina to může dát najevo. Pokud nelze dosáhnout změny domluvou, zpravidla to znamená zhoršení stavu a potřebu lékařské intervence.
- Nevhodná je nedůvěra a strach z možného návratu nemoci. Nemocný se cítí být jakoby pod dozorem.
- Pokud je to možné, rodina by se neměla trápit pocitu viny a hledat viníka za onemocnění.
- Každý člen rodiny by měl pečovat o sebe samého – svoji životosprávu, zájmy, práci, odpočinek a zachování mezilidských vztahů, nezapomínat na humor a tvořivost ke zvládnutí zátěže.

Práce s rodinou bývá často spojována s představou hledání viníka. Z tohoto důvodu se jí členové obávají. Kvalitní rodinná terapie ale nedává symptomy do souvislosti s jedním členem, ale s celým systémem, snaží se normalizovat vztahy, upevnit je a podpořit vzájemné porozumění.<sup>136</sup>

Při chronickém onemocnění psychózou je třeba, aby veškerá energie v rodině nebyla namířena pouze k nemocnému členu. Rodina vytváří nemocnému „skleníkové prostředí“ - vykonává vše za něj a pro něj, stále hovoří o projevech nemoci. Schizofrenie může přinášet rodině důležitý smysl – chrání rodinu před dosud neřešenými problémy. V takové pozici se těžko léčí, nemocný je vlastně se svoji nemocí ztotožněn. Celý rodinný systém dělá vše pro to, aby svoji funkci udržel. Tento jev se projevuje odmítáním léčby, změnou lékařů a hledáním alternativního řešení.

Rodinná terapie nezpůsobí vymizení příznaků onemocnění, ale může dosáhnout toho, že schizofrenie ztratí svůj silný emoční náboj a stává se nemocí jako každá jiná. Pomůže vidět rodině její těžkosti z jiných úhlů pohledu a dát jim nový význam.<sup>137</sup>

## 4.2 Bydlení

Bydlení představuje jednu ze základních lidských potřeb. Onemocnění schizofrenií může naplňování této potřeby komplikovat. Chronická schizofrenie snižuje schopnost v samostatném fungování, v adekvátních reakcích na problémy, které s sebou bydlení přináší, obtížně ovlivňuje svoje chování. Problémem se stává naplňování role nájemníka nebo souseda. Ztráta kompetencí se projevuje v chování, které je pro okolí neakceptovatelné – jsou to například potíže s pravidelným placením nájmu a služeb, hromadění přebytečných věcí a odpadků.

Zároveň také platí, že prostředí, ve kterém nemocný žije, má na průběh nemoci velký vliv. Může být zdrojem stresových podnětů v rámci rodiny nebo přináší izolaci a samotu. Opět záleží na vývojovém období jedince, stadiu nemoci a podpoře blízkého okolí. Někteří nemocní bydlí s rodiči i v dospělém věku, protože jim schizofrenie brání v osamostatnění. Přestože je vzájemné soužití s rodinou zatěžující pro obě strany a je

<sup>136</sup> Srov. Doubek, P. Praško, J. a kol. *Psychóza v životě, život v psychóze*, s. 30

<sup>137</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 133

provázeno konflikty, mnoho nemocných se o separaci od rodiny nikdy nepokusí. Jinou skupinu tvoří ti, kteří potřebné dovednosti k samostatnému bydlení již měli, ale v důsledku nemoci a dlouhodobé hospitalizace je ztratili.<sup>138</sup>

V minulosti žilo mnoho duševně nemocných v ústavech sociální péče, v léčebnách nebo domovech pro seniory. V současné situaci je nabídka bydlení pestřejší a lépe odpovídá potřebám duševně nemocných. Těžiště poskytovatelů je především v neziskové sféře, například občanské sdružení ESET- HELP, Fokus, Baobab, Bona, DPS Ondřejov.

Pokusím se charakterizovat základní druhy sociálních služeb, které pomáhají nemocnému v nepříznivé situaci tak, aby byla zachována jeho důstojnost. Pomoc musí vycházet z individuálních potřeb klienta a podporovat jeho samostatnost. Poskytováním podpory nemocnému je předcházeno sociálnímu vyloučení ze společnosti. Podpora v bydlení musí být dlouhodobá, ale zpravidla bývá časově ohraničená. Je částečně hrazená klientem dle zákona o sociálních službách. Představíme základní tři služby, které řadíme od minimální podpory nemocného v jeho přirozeném prostředí až po celodenní dohled.

Pokud je to možné, nemocný zůstává ve své domácnosti a využívá služby „podpora samostatného bydlení“. Jedná se o terénní sociální službu ustanovenou zákonem pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, včetně duševního onemocnění. Služba poskytuje nácvik v samostatnosti vedení domácnosti, edukaci, terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc s prosazováním práv a zájmů. Intenzita podpory závisí na individuálních potřebách klienta. Podporované bydlení značně redukuje bezdomovectví a snižuje počet hospitalizací. Pěč uvádí, že celkově zlepšuje kvalitu života – redukuje symptomy nemoci a zlepšuje samostatné fungování.<sup>139</sup>

Pokud představuje samostatné bydlení pro nemocného velkou zátěž, lze využít „chráněného bydlení“. Chráněné bydlení je pobytová služba s větší mírou podpory osobám se sníženou soběstačností. Chráněné bydlení má formu skupinového nebo individuálního bydlení. Podpora klientů spočívá v poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik sociálních dovedností a jiné terapeutické činnosti. Probíhá buďto s celodenním nebo jen minimálním dohledem.<sup>140</sup>

Krokem k samostatnosti jsou „domy na půl cesty“ (komunitní bydlení). Poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let, které nemají dostatečně rozvinuté sociální dovednosti, protože opouštějí institucionální léčbu nebo se osamostatňují od své původní rodiny. Trvání služby je omezeno na jeden rok s možností individuálního prodloužení. Způsob poskytování této služby je přizpůsobeno specifickým potřebám klientů. Pěč uvádí zásady, které pomáhají budovat nezávislost klienta na rezidenční službě.<sup>141</sup>

- klienti se podílejí na chodu domu společně,
- vztahy jsou budovány spíše na principu sousedství, než komunitního zařízení,
- pravidla jsou stanovena jako reakce na problém, než jako prevence potíží,

---

<sup>138</sup> Srov. Pěč, O. a kol. *Psychiatrická rehabilitace* In Pěč, O. Probstová, V. *Psychózy*, s. 122

<sup>139</sup> Srov. Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 125

<sup>140</sup> Srov. Matoušek, M. *Sociální práce v praxi*, s. 148

<sup>141</sup> Srov. Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 128

- omezená délka pobytu je motivačním faktorem,
- režim dne odpovídá přirozeným podmínkám chodu domácnosti.

Z dalších sociálních služeb lze jmenovat azylové domy, sociální byty, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře a další. Podle Matouška dnes stále existuje omezené množství bydlení pro duševně nemocné.<sup>142</sup> Úkolem pracovníka by mělo být pomoci klientovi orientovat se v systému služeb, poskytovat nabídky služeb a bránit tak marginalizaci jedince.

### 4.3 Zaměstnání

V důsledku dlouhodobého onemocnění, během kterého získává nemocný především roli „pacienta“, dochází k narušení mnoha sociálních rolí a ztrátě kompetencí, které mohly a nemusely být před vypuknutím nemoci přítomné. Projevy nemoci a její důsledky jsou často překážkou v realizaci pracovního uplatnění. Nemocný má snížené sociální dovednosti, potíže v komunikaci, nízké sebevědomí, může být narušena také hrubá a jemná motorika. Často se setkáváme se změnami v kognitivní oblasti - poruchou pozornosti, paměti, zpomaleným myšlením, následně narušeným plánováním. V oblasti emoční se objevuje smutek, úzkosti a deprese. Tyto potíže mohou vyústit v částečnou nebo úplnou ztrátu pracovní schopnosti.<sup>143</sup> Jak bylo uvedeno v první kapitole, schizofrenie se vyznačuje zvýšenou zranitelností, která nemocnému působí potíže v mezilidských vztazích. Kalina píše, že příčinou nespokojenosti nebo selhání v zaměstnání může být nedostatečná komunikace mezi spolupracovníky nebo nadřízeným. Jedinec se buďto spoléhá na ostatní nebo naopak přebírá velké množství úkolů.<sup>144</sup>

Návrat na původní pracovní místo se podaří nemocnému zvláště po odeznění první epizody schizofrenie. Praško uvádí, že pokud měl nemocný před vypuknutím nemoci dobré pracovní vztahy a byl krátce v pracovní neschopnosti, je návrat zvláště nadějný. Hledání nového pracovního místa je mnohem komplikovanější pro ty, kteří nemají dokončené vzdělání a dosud nenabýli potřebné pracovní návyky.<sup>145</sup>

U nemocných se setkáváme v praxi se dvěma extrémy. Někteří se snaží neprodleně obnovit pracovní zařazení a mohou situaci uspěchat. Druhou skupinu tvoří nemocní, kteří práci odkládají, odvolávají se na únavu a vyčerpanost. Stávají se závislými na systému podpor a brání se jakékoliv změně. Řada nemocných do zaměstnání vůbec nenastoupí a přecházejí do částečného nebo plného invalidního důchodu, což je u mnohých vítáno, u jiných zase považováno za osobní ztrátu a selhání.

Michon a Weeghel rozlišuje překážky v integraci duševně nemocných na vnější a vnitřní. K vnějším patří nezaměstnanost a špatná integrační politika pro nezaměstnané, k vnitřním nedostatečná kvalifikace, symptomy onemocnění a nízké sociální fungování klienta.<sup>146</sup>

Odborníci mohou nemocnému pomoci k uvědomění si vlastní zranitelnosti a reálných možností. K získání potřebných sociálních dovedností pomáhají postupovat

<sup>142</sup> Srov. Matoušek, M. *Sociální práce v praxi*, s. 146

<sup>143</sup> Srov. tamtéž, s. 148

<sup>144</sup> Srov. Kalina, K. *Jak žít s psychózou*, s. 223

<sup>145</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 77

<sup>146</sup> Srov. Michon, Weeghel In Matoušek, M. *Sociální práce v praxi*, s. 149



krok za krokem. Nemocný potřebuje takové pracovní prostředí, které nebude stresující, hlučné a nebude vyžadovat mnoho soustředěné pozornosti. Praško doporučuje rutinní činnost, která se nemění a je jednoduchá. Ideální je, jestliže zažívá nemocný v pracovním prostředí vstřícnost a pochopení.

Vidíme, že nemocný se schizofrenií má specifické potřeby vycházející z jeho onemocnění. Na tuto skupinu osob bere pracovně právní zákonodárství zřetel, zejména na stejné zacházení, zákaz diskriminace a určitá zvýhodnění na trhu práce.<sup>147</sup> Nejdůležitější předpisy najdeme v zákoníku práce a v zákonu o zaměstnanosti.

Zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb. upravuje zabezpečování státní politiky zaměstnanosti, jejímž cílem je dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti. Každý člověk, který chce a může pracovat a o práci se uchází, má právo na zaměstnání.

Zákon o sociálních službách 108/2006, tak jako v problematice bydlení, ustanovuje nabídku služeb pro tuto cílovou skupinu s různým stupněm podpory. Jedná se většinou o „ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora a zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.“<sup>148</sup>

„Chráněné zaměstnávání“ nabízí nácvik pracovních a sociálních dovedností v chráněných dílnách. Cílem podpory je plynulý přechod klienta z chráněného pracovního místa do přechodného zaměstnávání nebo méně chráněných podmínek. Prostředí dílen usiluje o co možná největší přiblížení se běžnému pracovnímu prostředí. V dílnách pracují klienti například se sklem, vyrábějí dekorační předměty, oděvní doplňky, hračky, oděvy, tašky, šperky.

Chráněné dílny jsou často kritizovány pro vytváření závislosti klienta na prostředí dílny. Nemusí vést k obnovení pracovních dovedností, zvláště pokud spočívá v nesmyslných pracovních činnostech. Nicméně pro mnohé klienty jsou jedinou možností pracovního uplatnění.<sup>149</sup>

Matoušek rozlišuje dále „přechodné zaměstnávání“, jako formu krátkodobé pracovní rehabilitace. Tato služba slouží k získání potřebných dovedností, posílení sebedůvěry a smyslu pro povinnost. Klient pracuje v přirozeném prostředí na zkrácený úvazek, za pomoci osobního asistenta. Místo nevyžaduje zvláštní kvalifikaci a klient je za svoji práci finančně odměňován. Po ukončení programu by měl následovat další stupeň zaměstnávání.<sup>150</sup>

Další stupeň představuje „podporované zaměstnávání“. Nemocný pracuje v běžných pracovních podmínkách za podpory konzultanta nebo asistenta. Cílem služby je účastnit se na trhu práce, mezi zdravými lidmi, kde nejsou na nemocného kladeny tak vysoké nároky jako na ostatní.<sup>151</sup>

Podporované zaměstnávání poskytují „sociální firmy“, což jsou konkurenceschopné podnikatelské subjekty působící na trhu práce, jejichž účelem je

---

<sup>147</sup> Srov. Gillová, P. *Zaměstnávání duševně nemocných*. In Rybová, L. *Cesty z labyrintu duševní nemoci*, s. 43

<sup>148</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

<sup>149</sup> Srov. Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 119

<sup>150</sup> Srov. Matoušek, M. *Sociální práce v praxi*, s. 150

<sup>151</sup> Srov. tamtéž, s. 150

vytvářet pracovní příležitosti pro osoby znevýhodněné na trhu práce za současné podpory. Příkladem sociální firmy je například Jůnův statek nebo Sociální firma Zahrada v Praze, která nabízí uplatnění v mnoha oblastech.<sup>152</sup>

Onemocnění schizofrenií značně ovlivňuje člověka ve všech sférách jeho života. V pracovní oblasti znamená mnohdy snížení kvalifikace a změnu představ klienta o pracovním uplatnění. Obecně však platí, že jakákoliv práce zvyšuje nemocnému sebedůvěru, smysluplnost života a brání sociální izolaci.<sup>153</sup>

#### 4.4 Vzdělávání

Začátek duševního onemocnění často přichází v mladém věku, kdy se člověk chce vzdělávat. Schizofrenie významně narušuje i tuto oblast života - dochází k narušení schopnosti učení. Onemocnění překvapí jedince v průběhu studia nebo před jeho zahájením. Nemocný se vyrovnává se zhoršenou mentální i fyzickou kapacitou a musí přehodnotit své dosavadní představy a cíle. Schizofrenie může vést k přerušení studia nebo jeho ukončení.

Podpora duševně nemocných zahrnuje i oblast vzdělávání. Existují speciální programy, které nemocnému poskytují podporu ve vzdělávání ve smyslu výběru studia i jeho pokračování. Cílem pomoci je poradenství, zvládnutí příznaků nemoci, rozvoj studijních dovedností, např. stanovení si reálných cílů, režimu vyučování, plnění domácích úkolů atd. Cílem podpory je větší samostatnost a spokojenost. Tento druh služby nabízí například občanské sdružení Baobab, v rámci programu „Student“.<sup>154</sup>

#### 4.5 Volný čas

Volný čas slouží člověku pro radost, rozptýlení, seberealizaci a nacházení smyslu života.<sup>155</sup> Nemocní s chronickou schizofrenií žijí často izolovaně, s malou sítí sociálních kontaktů a naplnění jejich volného času je obvykle chudé. Co brání nemocnému k jeho aktivnímu vyplnění? Především jsou to důsledky nemoci - především ztráta vůle a motivace, únava, depresivní stavy. Překážkou může být i chování blízkého okolí – nedostatek podpory v rodině a její orientace na onemocnění, nikoli na silné stránky nemocného a samozřejmě také negativní postoj celé společnosti. Z vnějších faktorů to bývají finanční problémy nebo nedostupnost služeb v místě bydliště.<sup>156</sup>

Nemocný potřebuje podporu a pomoc k smysluplnému trávení volného času. Volnočasové aktivity pro duševně nemocné se vyvíjely v rámci pracovní rehabilitace. Z důvodu ochrany osob s duševním onemocněním a prevence jejich sociálního vyloučení ustanovuje zákon o sociálních službách „sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením“.<sup>157</sup> Jedná se o ambulantní, popř. terénní služby, které poskytují klientům kromě základní pomoci při osobní hygieně a stravování také výchovné a vzdělávací činnosti, např. vaření, práce na počítači, aktivizační

<sup>152</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

<sup>153</sup> Srov. Kalina, K, *Jak žít s psychózou*, s. 225

<sup>154</sup> Srov. Občanské sdružení Baobab [online]. Dostupné na WWW: <http://www.osbaobab.cz/sluzby/student1>

<sup>155</sup> Srov. Christensen a Baum In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 129

<sup>156</sup> Srov. Probstová, V. *Sociální práce s duševně nemocnými*. In Matoušek, M. *Sociální práce v praxi*, s. 150

<sup>157</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

činnosti, jako jsou sportovní akce, výlety, společenské a kulturní akce, jazykové kurzy a zprostředkovávají tak kontakt se společenským prostředím.

Tyto služby mohou klienti využívat v centrech denních aktivit a různých klubech pro osoby s duševním onemocněním. Cílem programů je samostatné fungování klienta, obnovení jeho sociální role (rodinné, partnerské, profesní) a obnova komunikace s vnějším světem.<sup>158</sup>

Organizování volnočasových aktivit probíhá například v občanských sdruženích Fokus, ESET-HELP, Green Doors, Baobab, Bona nebo Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov.<sup>159</sup>

V následujících podkapitolách se budu zabývat specifickými problémy nemocných se schizofrenií, které léčbu i průběh onemocnění komplikují, zhoršují kvalitu života a zvyšují riziko sociálního vyloučení. Jedná se o užívání návykových látek, bezdomovectví, sebevražedné sklony a stigmatizace nemocných ve společnosti.

#### 4.6 Užívání návykových látek

Léčba schizofrenie bývá mnohdy komplikována užíváním návykových látek. Návykové látky patří mezi látky, které mění psychický stav člověka a nejčastějším důvodem k jejich užívání je získat něco pozitivního, dosáhnout uspokojení, únik ze stereotypu a nudy anebo navázání mezilidského kontaktu.<sup>160</sup> Stejně důvody k užívání návykových látek platí i pro osoby se schizofrenií.

Po proběhlé epizodě, zvláště když se lidé vrací z psychiatrického léčení do běžného života, pociťují smutek, depresi, vnitřní prázdnotu, osamění a nedostatek mezilidských kontaktů. Nemocný by se chtěl alespoň na chvíli cítit dobře. Některým lidem může chybět barvitý svět plný symbolů a neobvyklých významů, které s sebou schizofrenie přináší – návykové látky takové zážitky znovu nabízí.

Obecně lze říci, že všechny drogy jsou nebezpečné, liší se však v konkrétním typu účinku. Stimulancia (pervitin, amfetamin), halucinogeny (LSD, houby lysohlávky, extáze) i marihuana mají velké riziko vyvolávání psychotických stavů. Stimulancia a opiáty vyvolávají těžkou závislost, těkavé látky poškození mozku. Alkohol je spojen s rozvojem psychotických stavů (delirium tremens) a těžkým poškozením jater.

Užívání alkoholu a drog u nemocných se schizofrenií vede ke zhoršení psychického stavu. Praško píše, že většina drog zvyšuje v mozku hladinu přenašeče nervových vzruchů – dopaminu, což je látka, která psychózy způsobuje i bez přítomnosti drog. Drogy vlastně působí podobně jako psychóza a opačně než antipsychotické léky.<sup>161</sup>

Praško uvádí, že droga i alkohol způsobují 3 hlavní nebezpečí:<sup>162</sup>

- zhoršují probíhající projevy schizofrenie a zkrslují její příznaky,
- vytváří nečekané reakce v kombinaci s farmakologickou léčbou (útlum, ztrátu vědomí),

---

<sup>158</sup> Srov. Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 128

<sup>159</sup> Srov. Centrum psychosociální rehabilitace Břevnov [online], Dostupné na WWW: [www.fokus-praha.cz](http://www.fokus-praha.cz)

<sup>160</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 552

<sup>161</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 84

<sup>162</sup> Srov. tamtéž, s. 86

- mohou znovu vyvolat projevy onemocnění, které již bylo zaléčeno.

Pravidelné užívání drog způsobuje ještě zvýraznění problémů spojených s duševním onemocněním – ztrátu zájmů, přátel, zaměstnání, popř. dochází ke kriminálním činům – návyková látka je postavena na první místo v životě člověka. Dochází tak k „duální“ diagnóze – kombinace schizofrenie se závislostí na návykových látkách.

Léčení závislosti je samo o sobě složité a u osob s psychózou ještě těžší - odvykací léčbu často komplikují relapsy schizofrenie. Léčba vyžaduje režimovou léčbu s ohledem na psychotické onemocnění. Z obecných zásad, které uvádí Mahrová, platí: přistupovat ke klientům užívajících návykové látky bez předsudků, důsledně, s jasně vymezenými hranicemi a pravidly. Opakovaná léčba klientů se závislostí staví odborníky do nelehkých situací. Po odeznění akutní intoxikace odmítají další léčbu a domáhají se propuštění. Po několika týdnech se situace opakuje. Tyto okolnosti staví odborníky před etická dilemata. Mají povinnost klienta léčit, ale ten má právo léčbu odmítnout. V případech závislosti bylo léčení bez souhlasu nemocného zrušeno Ústavním soudem podle zákona o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi č. 37/1989. Pracovník má povinnost poskytnout pomoc za každých okolností, přestože nemocný přijde opakovaně.<sup>163</sup>

Mahrová upozorňuje, že je obvyklé, pokud klient v abstinenci selže. Neznamená to zmaření veškeré dosavadní spolupráce. Není realistické usilovat o celoživotní abstinenci, ale spíše o základní sociální fungování a držet se klientovy zakázky.<sup>164</sup> Ve vztahu ke klientovi nejsme v roli soudce ani spasitele. Můžeme rozeznat a podpořit jakoukoliv motivaci ke změně, poskytovat informace a minimalizovat tak rizika užívání návykových látek (harm redukcion).<sup>165</sup>

Praško doporučuje v rámci léčby a doléčování nahradit závislost jinou smysluplnou hodnotou a navazovat přirozené mezilidské vztahy. Cesta ke spokojenosti je dlouhá a složitá a u osob se schizofrenií to platí dvojnásob. „Měli bychom se radovat z každého dílčího kroku nebo úspěchu, který se nám povede, a nečekat, že vše půjde hladce a rychle. Chceme-li spokojenost a vyrovnanost hned, jsme již jednou nohou v pasti užití takových prostředků, jako jsou drogy.“<sup>166</sup>

#### 4.7 Bezdomovectví

Osoby s duševním onemocněním jsou ohroženi ve zvýšené míře bezdomovectvím kvůli změnám osobnosti a ztrátám kompetencí k samostatnému životu. Zřídka bývá pro člověka volbou, častěji se jedná o určitý sociální pád a s ním spojená rezignace na sociální situaci. Bezdomovec může mít oficiálně trvalé bydliště, ale z důvodu nemoci ho nemůže nebo nechce užívat. Obvykle chybí zaměstnání a rodinné zázemí i ostatní mezilidské vztahy jsou vážně narušeny a jedinec se ocitá na samém okraji společnosti.

„Bezdomovectví je sociálním jevem podmíněným celou řadou faktorů a představuje krajní podobu sociálního vyloučení.“<sup>167</sup> Podle Vágnerové znamená bezdomovectví nejen určitý vztah k bydlení, ale také způsob života. „Bezdomovectví je

<sup>163</sup> Srov. Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 45

<sup>164</sup> Srov. Mahrová, G. Venglářová, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 141

<sup>165</sup> Srov. tamtéž, s. 31

<sup>166</sup> Praško, J. Bareš, M. a kol. *Léčíme se s psychózou*, s. 86

<sup>167</sup> Schwarcová, G. *Sociální práce s bezdomovci*. In Matoušek, M. *Sociální práce v praxi*, s. 315

výsledkem generalizovaného psychosociálního selhání spojeného se ztrátou většiny běžných rolí a úpadkem společenské prestiže.<sup>168</sup>

Hlavní příčiny vzniku bezdomovectví spočívají v následujících faktorech:

- Odchod z domova bývá spojen s bludnou projekcí v akutní fázi nemoci. Sluchové halucinace nemocnému „nařídí“ opustit domov. Takové chování bývá prvním zřetelným projevem psychózy. Ve vyspělých státech se 60 % psychoticky nemocných stává osobou bez přístřeší, což způsobuje nadměrný stres a zhoršuje průběh onemocnění.<sup>169</sup>
- Rodina nemocného je dysfunkční a chybí i jiný druh sociálního zázemí. Nemocní vyrůstali ve špatných podmínkách, mohou být vystaveni nezájmu, zneužívání, násilí a v dospělosti sami nezaložili rodinu.
- Onemocnění způsobuje ztrátu potřebných kompetencí k samostatnému fungování (například nemocný si nedokáže sám obstarat doklady, jednat s úřady). K té dochází jak vlivem schizofrenie, tak dlouhodobým pobytem v ústavní péči, která ztrátu potřebných návyků zhoršuje a podporuje závislost nemocného. K bezdomovectví dochází po propuštění z psychiatrického léčení, pokud není zajištěna kontinuita služeb. Vágnerová píše, že nedostatek kompetencí platí pro řešení problémů obecně – chování nemocného je neúčelné, postrádá odolnost a vytrvalost.<sup>170</sup>

Bezdomovectví má na duševně nemocného následky v mnoha ohledech:

- absence jistoty a bezpečí, nedostatek blízkého vztahu,
- nedostatek seberealizace a s tím související snížené sebehodnocení a sebeúcta,
- nedostatek podnětů a nových zkušeností,
- celkový úpadek osobnosti – ztráta hygienických návyků, nekonformnost, odmítání norem a hodnot společnosti,
- zdravotní rizika – užívání návykových látek, nepravidelná životospráva, vyčerpání, neléčená onemocnění.

Sociální vyloučení, které bezdomovectví způsobuje, má celkově negativní vliv na duševní stav nemocného.

#### 4.8 Sebevražedné jednání

Sebevražedné jednání se objevuje mnohem častěji u nemocných se schizofrenií, než je tomu u běžné populace. Pracovník by měl být s tímto faktem seznámen, aby varovné příznaky rozpoznal a správně s nimi naložil.

„Sebevražda je uskutečnění vlastního dobrovolného rozhodnutí připravit se o život.“<sup>171</sup> Raboch uvádí, že sebevražedný pokus je evidován až 8x častěji než dokonaná sebevražda a spíše se jedná o snahu získat určité výhody, vyhnout se odpovědnosti anebo upozornit na svoji neúnosnou situaci, než opravdové přání zemřít. Za hlavní

---

<sup>168</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 748

<sup>169</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 85

<sup>170</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 752

<sup>171</sup> Raboch, J. Zvolský, P. *Psychiatrie*, s. 527

příčiny suicidálního jednání lze považovat dlouhodobě zátěžové situace, které mohou potkat každého člověka. Tzv. bilanční sebevraždy vycházejí z rozhodnutí člověka ukončit neodvratné utrpení, což nedáváme do souvislosti s duševním onemocněním. Raboch uvádí, že afektivní psychózy a schizofrenie se podílejí jednou třetinou v důkladně provedených sebevraždách. Riziko představuje užívání návykových látek, nezaměstnanost, osamělost a vývojová období, především adolescence a věk od 60 let a výše.<sup>172</sup>

Osoby trpící duševním onemocněním jsou ohroženi sebevražedným jednáním více, než je tomu u zdravé populace, protože jsou obecně zranitelnější a hůře vybaveni ke zvládnutí zátěže a vývojových nároků a sebevražda je jednou z možností, jak nalézt úlevu od svého utrpení.<sup>173</sup> Doubek uvádí, že více než 10 % osob se schizofrenií skončí život sebevraždou, polovina se o sebevraždu alespoň jednou pokusí. Sklon k sebevražednému jednání je do jisté míry způsoben poruchou myšlení, vnímání a emotivity, kterou schizofrenie způsobuje. Bludy mohou například přikazovat nemocnému, aby se zabil, nebo mu slibují, že svoji smrtí zachrání lidstvo.<sup>174</sup>

Sebevražda obecně je projevem krize, ať už z důvodu ztráty, změny, nějaké volby či vývojového úkolu. Suicidolog E. Shneidman definoval několik charakteristik sebevražd:<sup>175</sup>

- Člověk zažívá nesnesitelnou psychickou bolest, bezmoc a skleslost, před kterou hledá úniku. Sebevražda je způsob, jak nic necítit, ukončit svoji existenci.
- Frustrované potřeby jako je bezpečí, úspěch, důvěra mohou vést k sebevražednému jednání.
- Pocit zúžených možností - jedinec nevěří v jiné řešení nebo ho ani nevidí.
- Ambivalence v prožívání jedince – současně se objevuje láska i nenávisť, touha i snaha zemřít a volat o pomoc.

Shneidman vidí sebevraždu jako: „...zoufalý čin rozrušeného člověka, jehož mysl je zúžená a který trpí nesrozumitelnou a neúnosnou bolestí. Tato bolest má zdroj v zablokování nebo nenaplnění psychologické potřeby, kterou sebevražedný jedinec vidí jako nezbytnou pro své přežití.“ Ukončení života je lepší volba, než žít s touto nenaplněnou potřebou.<sup>176</sup>

Sebevražedné myšlení lze ve většině případech rozpoznat, protože se projevuje v rámci určitého časového období. Ringel zformuloval tzv. presuicidální syndrom. V první fázi nastává „zúžení“ v oblasti myšlení, vnímání a emotivity. Člověk ztrácí orientaci, prožívá beznaděj a zoufalství, k zúžení dochází i v oblasti životních hodnot. Pozornost je zaměřena na negativní stránky života, ve vztahu k sobě a k druhým, vše jakoby pozbylo ceny. V druhé fázi se agresivita člověka obrací vůči jemu samému. Prožívá vlastní neschopnost, hněv až nenávisť vůči sobě. V poslední fázi se objeví suicidální fantazie až plány, které přináší naději na úlevu. Nemocný může hovořit o tom, jaké to asi bude, když zemře, mluví o poslední vůli, rozdává své věci nebo

---

<sup>172</sup> Srov. Raboch, J. Zvolský, P. *Psychiatrie*, s. 529

<sup>173</sup> Srov. Vodáčková, D. *Krizová intervence*, s. 37

<sup>174</sup> Srov. Praško, J. Bareš, M. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, s. 84

<sup>175</sup> Srov. Shneidman, E. In Vodáčková, D. *Krizová intervence*, s. 490

<sup>176</sup> Srov. Vodáčková, D. *Krizová intervence*, s. 490

vyjadřuje pocity beznaděje. Představy o vysvobození z nynějšího utrpení jsou čím dál tím častější, až přerostou ve vykonaný sebevražedný pokus.<sup>177</sup>

Každou zmínku o sebevražedných myšlenkách nebo sebevražedném jednání je třeba brát vážně. Vodáčková doporučuje přímo se klienta zeptat, zda uvažuje o ukončení života. V kontaktu s klientem je důležité povzbuzovat vyjadřování emocí, potvrzovat právo na ně a potvrzovat kompetence život rozvíjet nebo ukončit. Zároveň je třeba připomínat, že rozhodnutí ukončit život je nezvratné a že existují jiná alternativní řešení, která možná zatím nejsou zřetelná.<sup>178</sup> Při práci se sebevražedným klientem se používá dohoda, tzv. kontrakt, na základě kterého se klient nepokusí o ukončení života v předem domluveném časovém termínu. Je žádoucí, aby následující setkání s klientem bylo častější. Pokud vycházíme z toho, že sebevražedné úmysly jsou voláním o pomoc, může se klient učit, jak si o pomoc říci jiným způsobem. Sebevražedným jednáním se v bezprostřední fázi zabývají linky důvěry a krizová centra. Bezprostřední hrozba sebevražedného jednání opravňuje podle zákona k poskytnutí zdravotnické pomoci i proti vůli nemocného.

Sebevražedné tendence u nemocných se schizofrenií jsou častým jevem. Nesmíme je podcenit, vždy je považujeme za volání o pomoc nemocného.

#### 4.9 Stigmatizace duševně nemocných

Nakonec se budu zabývat hanlivým označováním duševně nemocných, které znesnadňuje jejich začleňování do společnosti – nazýváme jej stigmatizací. I když je v současné době snaha o vzájemné propojování světů „nemocných“ a „zdravých“, stále je tento fenomén aktuální.

Slovo „stigma“ je řeckého původu a znamená „vypálený cejch“. Již v minulosti byli lidé stigmatizováni lidé podezřelí ze zločinu nebo nemocní leprou a morem. Různá označení byla pro druhé znamením nebezpečnosti, na základě kterého mohli být lidé vyloučeni ze společnosti. V dnešním slova smyslu znamená stigma určitou méněcennost, díky které se společnost od takto označeného jedince odvrací. Týká se různých skupin lidí, převážně minoritních, odlišných svým rasovým nebo náboženským přesvědčením, například jedinců HIV pozitivních nebo duševně nemocných.<sup>179</sup>

Postoj společnosti k duševně nemocným byl v dřívějších dobách většinou negativní. Duševní nemoc byla spojována s hříchem, kacírstvím a proto byli nemocní vězněni a upalováni, aby se dostali na „správnou cestu“. Duševně nemocných se lidé vždycky báli, označovali je za „bláznů“, „šílence“, od kterých je lépe držet se dál, v nejlepším případě je umístit mimo město, za vysokou zeď.

Duševní nemoc staví člověka do jiné pozice, než je tomu u člověka s tělesnou poruchou – jeví se jako nepochopitelný, podivný, až nebezpečný. Ještě v současné době se setkáváme s názory, že deprese, obsedantní porucha nebo schizofrenie, jsou projevem „vyšší moci“.<sup>180</sup>

Všichni občas zažíváme smutnou náladu, poruchy spánku nebo podrážděnost, strach a zlobu, která nemá zásadní vliv na naše fungování. Z toho důvodu se laik cítí být

---

<sup>177</sup> Srov. Vodáčková, D. *Krizová intervence*, s. 488

<sup>178</sup> Srov. tamtéž, s. 485

<sup>179</sup> Srov. Jarolímek, M. časopis *Esprit*, 2009/3

<sup>180</sup> Srov. Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 34

odborníkem ve věci duševních poruch.<sup>181</sup> Ze strany laické veřejnosti slyšíme, že psychické potíže se mohou ovládat vůlí nebo že podivnosti v chování jsou výsledkem nedostatečné výchovy. Podle Goffmanna je „stigma označení pro situaci, kdy je člověk vyloučen z plného přijetí společností, tzv. „normální“ většinou.“<sup>182</sup>

Stigmatizaci duševně nemocných podpořil i sám psychiatrický obor. S duševně nemocnými zacházel nehumánním způsobem, dokonce i jeho léčebné metody doposud vzbuzují strach, například elektrokonvulzivní léčba. Psychiatrie byla také v minulosti prostředkem ke zneužívání člověka z důvodů politických i společenských.<sup>183</sup>

Mezi veřejností stále panuje velká nevzdělanost v této oblasti. Kolem onemocnění schizofrenií nacházíme mnoho mýtů, které přispívají ke stigmatizaci duševně nemocných:

- Schizofrenie je nevléčitelné onemocnění.
- Nemocný má sklon k násilí, může ohrozit své okolí.
- Nemocní jsou nespolehliví, líní a nemohou pracovat.
- Schizofrenie nechává trvalé následky v duševní oblasti, především v intelektu.

Doubek uvádí, že žádné z těchto tvrzení není pravdivé: nemocní nejsou líní, nedostatek energie je spíše projevem onemocnění. Chování vychází z bludných představ a úzkostí nemocného a je těžké mu někdy porozumět. Není pravda, že se pojí s nižší inteligencí. Horší komunikace s okolím je přičítána projevům onemocnění a při správné léčbě se může vrátit k normálu.<sup>184</sup>

Stigmatizace má neblahý vliv nejen na nemocného, ale i na jeho rodinu, blízké okolí a dokonce i na odborníky zabývající se touto problematikou. Se stigmatizací je bohužel spojena diskriminace duševně nemocných v oblasti pracovního uplatnění, nalezení životního partnera, založení rodiny nebo obhajování lidských práv. Jarolímek potvrzuje, že duševně nemocný zažívá vlivem stigmatu potíže v mnoha oblastech života, například kulturní, sociální oblasti, při cestě do zahraničí apod. Následující část popisuje vliv stigmatizace na nemocného, jeho rodinu a okolí i na odborníky.

Vliv na nemocného – nemocný je považován za hloupého, neschopného, slabého. Musí se vyrovnávat nejen se svojí nemocí, ale navíc s negativními reakcemi okolí – zažívá nepříjemné pohledy, poznámky, posměch, odmítavé reakce nebo dokonce omezování lidských práv. V důsledku toho dochází k:<sup>185</sup>

- snížené sebedůvěře,
- omezení kontaktu s lidmi, vyhýbání se komunikace, což podporuje paranoidní tendence (nemocný se bojí mluvit o nemoci, protože je jiná, než ostatní),
- popírání nemoci - i když nemocný ví, že potřebuje psychiatrickou pomoc, raději ji popírá, což znesnadňuje léčbu a vede k chronifikaci schizofrenie,
- snížené kvalitě života, nezaměstnanosti a bezdomovectví.

---

<sup>181</sup> Srov. Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 23

<sup>182</sup> Srov. Goffmann In Hamid-Balma, Arthur, *Visions: BCs Mental Health and Addictions Journal*, 2005 In *Esprit*, 2009/3 článek - *Stigma, strach, předsudky, odmítání*

<sup>183</sup> Srov. Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 119

<sup>184</sup> Srov. Doubek, P. Praško, J. a kol. *Psychóza v životě, život v psychóze*, s. 20

<sup>185</sup> Srov. Hamid-Balma, Arthur, *Visions: BCs Mental Health and Addictions Journal*, 2005 In *Esprit*, 2009/3 článek - *Stigma, strach, předsudky, odmítání*



Stigmatizace má vliv také na rodinu a nejbližší okolí nemocného. Bývá často důvodem, proč rodina nevyhledá včasnou odbornou pomoc, onemocnění zatajuje nebo popírá. Může chápat schizofrenii jako něco ponižujícího, jako slabost nebo selhání, proto omezuje kontakt s okolím a je přecitlivělá na jeho reakce.<sup>186</sup>

Vliv stigmatizace na odborníky se projevuje nerovným postavením psychiatrického oboru vzhledem k ostatním medicínským disciplínám. Psychiatr je někdy vnímán jako člověk obdařený určitou mocí, která mu dovoluje omezit svobodu nemocného a měnit jeho sociální situaci.<sup>187</sup> Přitom je považován za „podivína“, který se příliš neliší od svých klientů. Také u zdravotních sester se setkáváme s menším respektem k jejich profesi - sestry jsou považovány za pomalé a méně odborně zdatné.

Převážně negativní hodnocení duševně nemocných má kořeny v kultuře a je upevňováno z generace na generaci. V hromadně sdělovacích prostředcích se setkáváme s extrémními názory, například spojováním duševně nemocných s kriminalitou, zatímco s pozitivními zprávami jen zřídka.

Jedná se vlastně o předsudky. „Předsudek ovlivňuje jednání více na základě předpokládaných skupinových vlastností než na základě skutečných charakteristik jedince a jeho situace.“<sup>188</sup> Místo, aby si každý člověk vytvořil postoj na základě své zkušenosti, raději se uchýlí k postoji předávanému po generace. Skupinové vlastnosti duševně nemocných jsou navíc nadřazeny nad individuální vlastnosti každého jedince. Nedostatek informací, absence vlastní zkušenosti a strach z neznámého stigmatizaci nemocných udržují v ustálených kolejích.

Marková nazývá ustálené představy o duševně nemocných jako stereotypy. Jsou to představy o tom, že nemocný je nebezpečný, nespolehlivý, iracionální, nelze mu svěřit důležitý úkol. Se stereotypy se setkáváme i ve vztahu k minoritním skupinám, např. rasově nebo nábožensky odlišným. Stereotyp je většinou negativní a předává se z generace na generaci.<sup>189</sup> Atkinson upozorňuje na stálost stereotypů. V souladu s nimi vidíme souvislosti, které nám náš stereotyp potvrzuje a v souladu s nimi také jednáme.<sup>190</sup>

Hamid-Balma, Arthur popisují důvody, proč je tak těžké zbavit se předsudků u duševně nemocných:<sup>191</sup>

- stigma ospravedlňuje sociální nespravedlnost (lidé s duševní nemocí jsou méněcenní, a proto je jejich izolace v pořádku),
- stigma slouží k potvrzování vlastního sebevědomí – „porovnání s nemocným mi dělá dobře“,
- stigma slouží k zjednodušení života – „vím, co mohu očekávat“.

V důsledku negativních postojů se společnost od duševně nemocných distancuje. Dochází k začarovanému kruhu – člověk je sociálně izolován, má sníženou sebedůvěru, vyhýbá se komunikaci s lidmi, což podporuje paranoidní tendence. Bojí se mluvit o

---

<sup>186</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 356

<sup>187</sup> Srov. Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 24

<sup>188</sup> Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 34

<sup>189</sup> Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 21

<sup>190</sup> Atkinson, R. *Psychologie*, s. 608

<sup>191</sup> V Hamid-Balma, Arthur, Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal, 2005 In *Esprit*, článek *Stigma, strach, předsudky, odmítání - časopis Esprit - Česká asociace pro psychické zdraví, 2009/3*

nemoci, protože je jiná, než ostatní. I když ví, že potřebuje psychiatrickou pomoc, raději ji popírá.

V České republice se po roce 1990 rozvíjí snaha o přetnutí tohoto začarovaného kruhu, tzv. destigmatizací duševně nemocných prostřednictvím protestů, osvěty a navazováním kontaktů. Protesty informují a vyzývají občany k akceptaci duševně nemocných, kontaktní intervence si kladou za cíl osobní kontakt s duševně nemocnými, což přináší pozitivní efekt. Děje se tak prostřednictvím různých kampaní, projektů, například „Mezi ploty“, „Změna“, vydávání časopisu *Esprit* a dalších.<sup>192</sup>

Baudiš píše, že v boji s předsudkem se snažíme o důsledné rozlišování mezi nemocí a osobností nemocného. K oslabení stigmatizace poslouží pojmenování „nemocný se schizofrenií“, místo schizofrenik.<sup>193</sup> Marková uvádí, že ke snížení stigmatu přispívá včasná léčba, zachování mlčenlivosti o onemocnění a nácvik sociálních dovedností, který zvyšuje sebedůvěru nemocného.<sup>194</sup> Destigmatizační vliv má také přesun péče do komunitních zařízení, čímž je dosažen kontakt s přirozeným prostředím.

Za nejdůležitější v antistigmatizačním programu jsou považováni samotní klienti. Ti také prožívají vlastní sebestigma – za svojí nemoc se stydí, tají ji a každodenně se s ní musí vyrovnávat. Podle Weeghela je nejdůležitější pro nemocné podpora zdravých částí osobnosti, sounáležitost s dalšími nemocnými a ujištění, že svojí nemocí není definován.<sup>195</sup>

Potírání stigmatizace je založena na „respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech, které z toho vyplývají.“ Práva na zajištění sociální spravedlnosti, vzdělání, bydlení, zaměstnání a sociální zabezpečení nazýváme jako pozitivní práva a platí pro všechny lidi nevyjímaje duševně nemocné.<sup>196</sup> Vychází ze dvou klíčových hodnot, kterými jsou lidská důstojnost a rovnost.<sup>197</sup> Navzdory rozmanitosti jedinců jsou si všichni lidé rovni a nelze duševně nemocné pro jejich znevýhodnění, které si nezvolili, stigmatizovat.

V poslední době jsme svědky pozitivního posunu v nazírání na duševně nemocné. Je to zásluhou jak větší humanizace léčby, tak větší informovanosti veřejnosti. V rámci programů nelze stigmatizaci vymýtit, ale do určité míry potírat.

Tato kapitola přiblížila hlavní sociální problémy vznikající v důsledku dlouhodobého duševního onemocnění. Člověk se schizofrenií má stejné potřeby jako zdravý člověk. Rád by tyto potřeby naplňoval, ale v důsledku osobnostních změn a ztrátě kompetencí potřebuje pomoc a podporu společnosti. Blízké okolí bývá zatíženo onemocněním nejhluběji a zároveň zůstává nejdůležitějším článkem podpory nemocného. V praktické části budu zjišťovat, kterým problémem bývají duševně nemocní nejvíce zatíženi a zda jsou s těmito okolnostmi sžiti anebo usilují o jejich proměnu.

---

<sup>192</sup> Srov. Projekt Změna [online]. Dostupné na [www.stopstigmapsychiatrie.cz](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz)

<sup>193</sup> Srov. tamtéž, s. 35

<sup>194</sup> Srov. Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 19

<sup>195</sup> Srov. Weeghel, J. *Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními*. In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, s. 24

<sup>196</sup> Srov. Mezinárodní etický kodex sociální práce In Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 196

<sup>197</sup> Srov. Jandajsek, P. Kombercová, Z. *Lidská práva a sociální spravedlnost v sociální práci*. In tamtéž, s. 96

## 5 Etické souvislosti přístupu ke klientům se schizofrenií

Vztah mezi pomáhajícím a duševně nemocným má speciální povahu. Duševní onemocnění ovlivňuje klienta v myšlení, vnímání, chování i v mezilidských vztazích. Pracovník se stále pohybuje na hranici toho, kdy klientovi pomáhat, kdy respektovat odmítnutí pomoci a kdy pomáhat bez jeho souhlasu.

V následujícím textu se budu zabývat etickými souvislostmi v přístupu ke klientům s duševním onemocněním. Nejprve představím obecné etické principy, jako je autonomie, spravedlnost, beneficence a nonmaleficence. Dále budu charakterizovat etické hodnoty, kterými je pracovník při práci s klienty ovlivněn. K etické problematice u nemocných se schizofrenií náleží specifické situace, jako je léčba bez souhlasu nemocného, použití restriktivních opatření nebo zbavení způsobilosti k právním výkonům. Tyto situace vyžadují jasně stanovená pravidla, která opravňují odborníky zasahovat do svobody nemocného. Budu si klást otázku, zda je zásah do osobní svobody člověka morálně oprávněný. Poslední část přiblíží některá etická dilemata, s kterými se setkává pracovník denně ve své praxi.

### 5.1 Pojetí etiky v sociální práci

Etiku chápeme jako filozofickou disciplínu, která zkoumá jednání s jeho předpoklady a souvislostmi na obecné úrovni.<sup>198</sup> V souvislosti s péčí o duševně nemocné se budu zajímat o normativní etiku, která konkretizuje jednání pracovníka a předkládá návrhy k řešení.<sup>199</sup>

Práce s duševně nemocným se pohybuje v eticky významném poli, protože má přímý vliv na blaho člověka. Jednání pracovníka může poškodit klienta jeho omezením nebo i pouhým nenaplněním očekávání. Je eticky významná, neboť je pracovníkem vykonávána svobodně, tedy dobrovolně a vychází z profesní odpovědnosti. Nemocný je ve znevýhodněné pozici - mnohdy nedokáže dost dobře formulovat svá přání, cíle, obtížně se rozhoduje, nedokáže hájit svá práva. Profese sociální práce zahrnuje 3 roviny vztahů.<sup>200</sup>

1. Rovinu klienta – práce s klientem vyžaduje znalost problematiky klienta a jeho situace. „Eticky citlivý přístup pracovníka předpokládá schopnost porozumět klientovi a docenit jeho způsoby uvažování.“<sup>201</sup> Dalším požadavkem je definování pomoci a dodržení jejího rozsahu. Hodnoty klienta i jeho požadavky na pomoc vstupují do rozhodování pracovníka se stejnou naléhavostí, jako roviny následující.
2. Rovinu společenského prostředí, které zadává službu. Patří sem požadavky společnosti, organizace, kde pomoc probíhá a jiné souvislosti. Ambivalence spočívá v povaze sociální práci samé. Pracovník vyjadřuje společenské požadavky a zároveň prosazuje individuální zájmy klienta. Vznikají tak nerealistická očekávání, která pracovník těžko naplňuje. Společenské hodnoty se projevují jak v individuální práci s klientem, tak v legislativě, profesních kodexech a práci jednotlivých organizací.

---

<sup>198</sup> Srov. Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 24

<sup>199</sup> Srov. Anzenbacher, A. *Křesťanská sociální etika*, s. 10

<sup>200</sup> Srov. Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 14

<sup>201</sup> Tamtéž, s. 14

3. Rovinu pracovníka, který službu vykonává – zahrnuje jeho motivaci, hodnotový systém, vzdělání, zkušenosti. Osobní hodnoty vstupují do práce s klientem na základě životních zkušeností a postojů.

## 5.2 Hodnoty v sociální práci

Při práci s klientem často dochází k napětí mezi výše zmíněnými rovinami. Každá z nich má svůj systém hodnot, který může být ve vzájemném rozporu. Pracovník se musí rozhodovat a volit optimální řešení v kontextu těchto hodnot a konkrétní situace. Pomáhající pracovník ke své práci potřebuje specifické dovednosti a pravidla.<sup>202</sup>

- musí být schopen rozpoznat etický problém,
- reflektovat svoje motivy, hodnoty,
- být schopen se rozhodovat a nést důsledky rozhodnutí,
- zabezpečit respektování etických principů v konkrétní situaci.

Fischer uvádí některé systémy hodnot, s kterými se pracovník setká ve své praxi.<sup>203</sup>

### Osobní hodnoty

Individuální hodnoty pracovníka vstupují do řešení etických problémů zpravidla jako první. Na rozhodování má vliv morální vývoj jedince, který není jednou provždy danou charakteristikou, ale proměňuje se v průběhu života. Nejdůležitějším vlivem na morální vývoj pracovníka má rodina a nejbližší vztahy. Kdo nezažil v primárním vztahu bezpodmínečné přijetí, obtížně ho bude poskytovat svým klientům. Důvěra, kterou člověk získává ke světu, je základním předpokladem zralého mravního jednání.<sup>204</sup> Dále je třeba jmenovat určitou míru kognitivní zralosti osobnosti a také individuální rozdíly. V konkrétním jednání hrají roli vědomé i nevědomé motivy, např. motivy moci, sebelásky, morální nadřazenosti a další. V neposlední řadě je pracovník ovlivněn vlastním životním příběhem, během něhož získává různé zkušenosti.

### Společenské hodnoty

Společenské hodnoty se projevují jak v individuální práci s klientem, tak v legislativě, profesních kodexech a práci jednotlivých organizací. Společenská přijatelnost nějakého jevu může být v rozporu s jinými hodnotami. Například duševně nemocný nebo HIV pozitivní člověk má v očích společnosti rozdílný status, než u pracovníka, který pracuje s touto cílovou skupinou.

### Legislativní hodnoty

Legislativní hodnoty jsou systémem ustanoveným zákonem. Fischer píše, že právní normy nemusí přinášet optimální řešení a je třeba aplikovat uváženě. „Právo svou povahou zajišťuje pouze dodržování krajních mezí.“<sup>205</sup> Zákon například ustanovuje podmínky pro zbavení svéprávnosti duševně nemocného, aby chránil jeho i okolí, ale neobsahuje informace k jeho citlivé aplikaci.

### Profesní hodnoty

---

<sup>202</sup> Srov. Papežová, H. *Etické principy a profesionalita v psychiatrii*. In Ptáček, R. Bartůněk, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*, s. 133

<sup>203</sup> Srov. Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro pomáhající profese*, s. 65

<sup>204</sup> Srov. Wernischová, H. *Morální vývoj jedince ve vztahu k etickému východisku*. In tamtéž, s. 31

<sup>205</sup> Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro sociální práci*, s. 66

Pracovník se vyznačuje specifickými znalostmi, dovednostmi a vyznáváním určitých hodnot, které jsou znakem profesionality. Je také ve své práci vázán určitými standardy jednání. Profesní hodnoty jsou dány systematickou teorií, autoritou u klientů (klient věří, že mu pracovník pomůže), autoritou uznávanou společností (akreditace, právní ochrana), kulturou profese (normy, hodnoty, symboly) a etickými kodexy. Smyslem profesních hodnot je ochrana klienta i pracovníka, vymezení vztahu ke kolegům i společnosti. Vyrovnání se profesním étosem daného povolání je nutnou podmínkou jeho vykonávání. Například pro pracovníka na psychiatrii nebude překážkou ve spolupráci s klientem agresivní projev, který může vzniknout v akutním stadiu psychózy.

#### Hodnoty organizace

Hodnoty organizace jsou specifické hodnoty pro konkrétní pracovníky v organizaci. Na základě těchto hodnot jsou dány konkrétní postupy s ohledem na specifický okruh problémů klienta. Například hodnota bezpečí pracovníka bude mít jiný význam na psychiatrickém oddělení, než tomu bude v péči o duševně nemocného v komunitním centru nebo duchovní rozměr služby spíše najdeme u organizací poskytujících charitativní činnost.

#### Hodnoty klienta

Do spolupráce s klientem se nutně dostávají i hodnoty klienta samého. Jsou to například lidská práva nebo kulturní a náboženské hodnoty. Vliv může mít míra odpovědnosti klienta nebo snaha realizovat své možnosti. Rozdílná práce bude s klientem, který si chce najít zaměstnání a s klientem, který usiluje o získání státního příspěvku.

Fischer uvádí, že nejčastěji se dostávají do střetu hodnoty osobní a profesionální. Pokud je konflikt hodnot trvale podceňován, může mít negativní vliv na kvalitu práce pracovníka. Proto je třeba mít na paměti, které hodnoty se v dané situaci vzájemně prolínají a potom hledat optimální řešení, které bude odůvodněno.<sup>206</sup> Výsledkem snažení nemusí být vždy „hledání dobra“, ale volba pro nejmenší možné zlo.<sup>207</sup> Pohled na systémy hodnot obvykle pracovníkům ukáže doposud skryté souvislosti a s rostoucími zkušenostmi usnadní jejich rozhodování.

### 5.3 Obecné etické principy

Základním předpokladem etiky sociální práce je „Konat dobro a vyhýbat se zlu.“ Dobro člověka musí být cílem všech aktivit. V péči o nemocné jako první vymezil povinnosti lékaře vůči nemocnému Hippokrates v deontologickém kodexu. Pro základní orientaci pracovníka v pomáhajících profesích slouží čtyři základní principy, které považují za klíčové:<sup>208</sup>

#### Beneficence

Etický princip beneficence znamená „konat to nejlepší pro klienta“. Pracovník má kladný postoj ke klientovi, který se projevuje v jejich vzájemném důvěrném vztahu. Snaží se od prvního kontaktu o zlepšení životní situace, popř. o zmírnění jeho utrpení. Je striktně vázán dodržováním mlčenlivosti (tj. nesdělování osobních údajů, vyjma situací porušujících zákon), vyjasňováním a následným dodržováním pravidel pomoci, poskytováním informací klientovi. K tomuto principu patří také například skutečnost, že

<sup>206</sup> Srov. Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro sociální práci*, s. 70

<sup>207</sup> Srov. tamtéž, s. 17

<sup>208</sup> Srov. Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 49

pokud shledá pracovník průběh spolupráce za nepřínosný, ukončí ji nebo doporučí jinému pracovníkovi.<sup>209</sup> „Konat to nejlepší“ může také znamenat i nekonat vše, co klient požaduje. Pracovník nemusí jednat proti svým odborným a etickým pravidlům. Snaha o blaho klienta se řídí nejen individuálními hodnotami klienta, ale také pracovníka a instituce, ve které pomoc probíhá.

### Nonmaleficence

Princip nonmaleficence znamená zabránit poškození klienta, která se odkazuje na Hippokratovu přísahu. V medicíně tento princip vyžaduje kriticky odhadnout následky zásahů v životě klienta. V sociální práci se princip nonmaleficence týká možného zneužití klienta pracovníkem. Klient se nachází v asymetrickém vztahu k pomáhajícímu, proto je zvláště důležité udržování hranic ve vztahu. Znamená to, že pracovník by neměl udržovat vztah s klientem mimo rámec vzájemné spolupráce, nepřijímat hmotné dary, služby, zakázky ani projevy sexuální náklonnosti. Erotický vztah mezi klientem a pomáhajícím je považován za profesionální chybu, i kdyby byla iniciativa na straně klienta. V kontextu citové závislosti vznikají projevy citové náklonnosti snadno a jsou považovány za projev přenosový, nikoli reálný. V každém případě by se jednalo o zneužití moci terapeuta.<sup>210</sup> Ať se snažíme sebevíc, vztah mezi pomáhajícím a klientem je asymetrický - pracovník je obdařen mocí už jen tím, že pomáhá a klient je v „bezmocném postavení“ tím, že pomoc potřebuje. Klient se do určité míry stává na pracovníkovi přechodně závislý reálně i emocionálně. V důsledku vytvořené důvěry je klient ochoten přijímat postoje a hodnoty pracovníka, které nemusí být jeho vlastní. Zneužití klienta terapeutem lze předejít soustavnou sebereflexí pracovníka.<sup>211</sup>

### Spravedlnost

Pracovník je zodpovědný za to, že bude poskytovat stejnou kvalitu péče všem klientům. Neměl by dopustit, aby byl veden předpojatostí ke klientům nebo aby jeho práce utrpěla na kvalitě nedostatkem kompetencí nebo z nedbalosti.<sup>212</sup> Princip spravedlnosti zahrnuje nedopouštět se diskriminace klientů na základě pohlaví, rasy, víry, věku apod.<sup>213</sup>

### Autonomie

Autonomie znamená samostatnost klienta nebo schopnost disponovat vlastními silami. Je významnou součástí etického přístupu. Machula mluví o „sebeurčení“, při kterém si klient stanovuje své vlastní cíle. Je doslova pánem vlastního života a zároveň za něj nese zodpovědnost.<sup>214</sup> Možnost rozhodovat o sobě a nést vlastní zodpovědnost je důležitou součástí identity člověka. Jestliže se pracovník řídí principem autonomie, respektuje rozhodování klienta, dává mu najevo respekt a úctu. Autonomní vůle klienta nabývá na významu zvláště tam, kde se klient ocitá v bezmocném postavení. Princip autonomie vychází z Kantova kategorického imperativu.<sup>215</sup> K autonomii jedince se přímo vztahuje požadavek respektu ke klientovi jako jedinečné lidské bytosti. To zpětně posiluje svobodné rozhodování a zrání klienta.

---

<sup>209</sup> Srov. Weis, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*, s. 236

<sup>210</sup> Srov. Šimek, J. *Etické aspekty psychoterapie*. In Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro sociální práci*, s. 176

<sup>211</sup> Srov. Baštecká, B. Goldman, P. *Základy klinické psychologie*, s. 350

<sup>212</sup> Srov. Honzák, R. *Etické kodexy*. In Weis, P. *Etické otázky v psychologii*, s. 79

<sup>213</sup> Srov. Hubálek, S. Kořová, M. *Etika v psychoterapii*. In tamtéž, s. 240

<sup>214</sup> Srov. Machula, T. *Sebeurčení a autonomie jedince*. In Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro sociální práci*, s. 135

<sup>215</sup> Srov. Anzenbacher, A. *Úvod do etiky*, s. 49

Za porušení principu autonomie lze považovat snahu pracovníka o ovlivňování světového názoru, náboženského nebo politického přesvědčení, sexuální orientace. Opakem autonomie je heteronomie, která chápe člověka jako nedokonalého, s potřebou cizí pomoci. Extrémní heteronomie vede k autoritativnímu postoji, využívání moci a kontroly na úkor individuality.<sup>216</sup>

Ludewig píše, že jestliže je jedinec chápán jako autonomní celek, pomáhající nemá právo stanovovat vnější měřítko.<sup>217</sup> „Veškeré léčení probíhá mezi autonomními, nezávislými a rovnoprávnými lidmi, je tedy kooperací, případně „pomocí k sebebomoci“. Prostředky a cíle jsou vždy stanovovány společně všemi zúčastněnými.“

## 5.4 Etické kodexy

Protože má pracovník moc k ovlivnění života klienta a tuto moc může zneužít ve svůj prospěch, je jednání pracovníků regulováno zejména profesní etikou. Je to druh morálky obsažené v normách a pravidlech pro danou profesi. U nás byly formulovány první etické normy pro sociální pracovníky až po roce 1995 Společností sociálních pracovníků.<sup>218</sup>

Profesní hodnoty jsou obvykle zakotveny v kodexech. Etické kodexy jsou dokumenty, jejichž cílem je reflektovat principy povolání a následně je aplikovat. Poskytují základní orientaci pro řešení morálních dilemat. Profesní etické kodexy pocházejí z etiky povinnosti, kterou vyjadřoval Kant v kategorickém imperativu: „Jednej tak, aby maxima tvé vůle vždy mohla být zároveň principem obecného zákonodárství.“<sup>219</sup> A také: „Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.“<sup>220</sup> Deontologické teorie vycházejí z toho, že pracovník má jednat na základě své povinnosti navzdory osobní náklonnosti dělat něco jiného. Jestliže má někdo povinnost, měl by se snažit ji plnit. V následném hodnocení jednání je podstatný úmysl pracovníka, nikoliv jeho následky.<sup>221</sup>

V kodexech jsou zahrnuta lidská práva jako východisko a jako kritérium pro eticky správné jednání. Zdůrazněn je především respekt k důstojnosti a rovnosti. Etický kodex sociálních pracovníků v České republice uvádí: „Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.“<sup>222</sup>

Etické kodexy jsou charakteristické svými silnými i slabšími stránkami. Je jich celá řada a v průběhu historie se mění. Mezi nejdůležitější patří Etický kodex sociálního pracovníka a Konvence o lidských právech a biomedicíně.<sup>223</sup>

Etický kodex sociálního pracovníka upravuje pravidla etického chování.<sup>224</sup>

---

<sup>216</sup> Srov. Ludewig, K. *Systemická terapie*, s. 14

<sup>217</sup> Srov. tamtéž, s. 13

<sup>218</sup> Srov. Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 48

<sup>219</sup> Anzenbacher, A. *Úvod do etiky*, s. 53

<sup>220</sup> Tamtéž, s. 57

<sup>221</sup> Srov. Popkin, R.H. Stroll, A. *Filozofie pro každého*, s. 58

<sup>222</sup> Jandajsem, P. Komercová, Z. *Lidská práva a sociální spravedlnost v sociální práci*. In Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální pracovníky*, s. 94

<sup>223</sup> Srov. Hronová, M. *Etika v sociální práci*. In Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 51

- ve vztahu ke klientovi: podporuje v odpovědnosti, chrání důstojnost, lidská práva, zaměřuje se na silné stránky klienta, chrání jeho právo na soukromí, podporuje ho ve využívání služeb a dávek sociálního zabezpečení,
- ve vztahu k zaměstnavateli: plní své povinnosti, závazky, snaží se uplatňovat pracovní postupy v dané organizaci,
- ve vztahu ke kolegům: respektuje rozdíly v názorech i praktické činnosti, spolupracuje s nimi, kritické připomínky vyjadřuje na vhodném místě ve vhodnou dobu,
- ve vztahu k povolání: rozvíjí svoji odbornost, využívá svých dovedností a znalostí, usiluje o udržování a zvyšování prestiže povolání, uplatňuje nové metody a přístupy, podporuje studenty sociální práce,
- ve vztahu ke společnosti: pracovník má právo i povinnost upozorňovat na porušování zákonů, podněcuje změny v zákonech i v politice státu.

Banks shrnuje význam kodexů v následujících bodech:<sup>225</sup>

- kodex definuje poslání profese v jeho základním cíli, zdůrazňuje status profese, chrání samotnou profesi a její autonomii,
- chrání klienta před zneužitím moci a zanedbáním péče (odkazem na lidská práva, důstojnost, spravedlnost, autonomii člověka),
- kodex slouží jako měřítko pro hodnocení praxe a jako podklad pro stížnosti,
- kodex ukazuje na etické principy a vybízí k etické reflexi.

Banksová uvádí, že kodexy jsou některými autory kritizovány:<sup>226</sup>

- kodex vede k profesnímu elitářství,
- mnoho situací nelze vyjádřit pravidly, protože jsou specifické a pracovník se musí rozhodovat na základě vlastního úsudku,
- kodex platí pro jednu profesi, ale s klientem se pracuje multidisciplinárně,
- kodex se zabývá především vztahem pracovníka a klienta, ne však již širšími souvislostmi, např. ekonomickým tlakem,
- kodex předpokládá hodnotovou shodu mezi profesionály a veřejností, ale ta se jen obtížně nalézá.

Etický kodex ukazuje veřejnosti, že jsou etické principy dané profese důležité. Slabou stránkou kodexů je fakt, že ukazují principy daného povolání, ale ne již postoje, úmysly a motivy jednajícího.<sup>227</sup> Kodex se stává pouze obecným vodítkem v praxi, nikoli návodem pro řešení všech případů. Konkrétní situace vyžadují vždy vlastní etickou reflexi pracovníka.<sup>228</sup>

---

<sup>224</sup> Srov. VKCI o.p.s [online]. Dostupné na WWW: <http://www.vkci.cz>

<sup>225</sup> Srov. Banks In Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 84

<sup>226</sup> Srov. Matoušek, M. *Metody a řízení sociální práce*, s. 43

<sup>227</sup> Srov. Ficher, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*, str. 150

<sup>228</sup> Srov. tamtéž, s. 43



## 5.5 Psychiatrická legislativa

Odborníci pracující s duševně nemocnými se musí orientovat v právní problematice, aby si byli vědomi svých povinností a zároveň i práv klientů. Postavení duševně nemocných má některá specifika v porovnání s ostatními nemocnými. Duševní onemocnění může závažným způsobem ovlivňovat svobodnou vůli nemocného a přebírání zodpovědnosti, proto se snaží prostřednictvím právních norem zájmy své i zájmy duševně nemocného chránit.<sup>229</sup> Duševně nemocný člověk si mnohdy není vědom svých práv nebo je nedokáže prosazovat, proto je třeba věnovat této problematice zvýšenou pozornost. V České republice se právním postavením duševně nemocných zabývají dvě mezinárodně uznávané listiny. Mezi základní dokumenty upravující oblast lidských práv u duševně nemocných jsou:

- Všeobecná deklarace lidských práv, o kterou se opírá Listina základních práv a svobod, přijatá Českou republikou v roce 1993.
- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech.

Psychiatrie se mnohem častěji než jiné obory ocitá tváří v tvář právním a společenským normám, protože musí zasahovat do osobní svobody nemocného a jeho práva na sebeurčení. To se týká především situace nedobrovolné hospitalizace, kdy je nutné klienta léčit bez jeho souhlasu.

### 5.5.1 Souhlas s léčbou a hospitalizací

Klient, který přijímá péči, musí předem vyjádřit „souhlas“ s léčbou a hospitalizací. Klientovi ve zdravotnickém zařízení je předložen dokument, ve kterém podepisuje „Potvrzení o dobrovolném vstupu“. Pokud nemocný s hospitalizací souhlasí, je tzv. „dobrovolná“. Nemocný má právo rozhodnout se pro daný způsob léčby, na základě podaných informací o účelu a druhu léčby, jejích rizicích a také důsledcích odmítnutí léčby. Podle konvence nesmí být proveden žádný zásah bez podání informace nemocnému. Pokud nemocný s postupem nesouhlasí, může ho odmítnout.<sup>230</sup> Lékař psychiatr musí počítat s tím, že některé symptomy nemoci mohou rozhodování nemocného zkreslovat (abulie, snížené sebevědomí, stigma, snížená schopnost rozhodovat se) a měl by vyžádání souhlasu přizpůsobit aktuální situaci nemocného.<sup>231</sup>

V souvislosti s duševním onemocněním nastávají situace, kdy je nutná hospitalizace bez souhlasu nemocného. Nemocného je možno nedobrovolně hospitalizovat, pokud ohrožuje sebe nebo své okolí. Tato situace nastává v případech duševních nebo infekčních onemocnění a je zakotvena v zákoně o zdraví č. 20/1966Sb. a dále v Listině základních práv a svobod a v občanském soudním řádu č. 99/1963 Sb. Je tomu tak proto, že dochází k omezování svobody člověka a tím jeho práv. Za ohrožení sebe sama se považují sebevražedné tendence, vážné sebepoškození a odmítání nutné léčby, které by vedlo ke zdravotnímu poškození.<sup>232</sup> Ohrožení okolí znamená projevy agresivity, zanedbávání péče o blízkou osobu nebo jiné nepřiměřené chování (nebezpečná manipulace s plynem, elektřinou, ohněm). Nebezpečí musí být

---

<sup>229</sup> Srov. Raboch, J. Zvolský, P. *Psychiatrie*, s. 513

<sup>230</sup> Srov. Pospíšil, F. *Právní rádce*, s. 24

<sup>231</sup> Srov. Papežová, H. *Etické principy a profesionalita v psychiatrii*. In Ptáček, R. Bartůněk, P. *Etika a komunikace v medicíně*, s. 136

<sup>232</sup> Srov. Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 60

zjevné a aktuální. Převoz takto nemocného je někdy provázen silnými emocemi vzhledem k psychotickému prožívání nemocného a zpravidla musí být vykonáno policií nebo rychlou záchrannou službou.

O nedobrovolném přijetí musí být informován soud do 24 hodin a rozhodnutí lékaře potvrdit nebo vyvrátit. Podle Baudiše se v praxi v současné době nesetkáváme s pochybením. Po několika dnech obvykle nemocný svému stavu porozumí a podá souhlas s léčbou.<sup>233</sup> Stanovená pravidla chrání nemocné i lékaře před možným pochybením. Nedobrovolnou hospitalizaci je nutno chápat jako dobrodiní člověku, nikoli jako trest, pokud jsou dodržována práva nemocného.

V některých zemích jsou kritéria nedobrovolné hospitalizace odlišná, například ve Velké Británii nebo v Dánsku je možno omezit nemocného v případech „neschopnosti péče o sebe sama“ nebo narušení schopnosti hodnotit situaci.

Baudiš uvádí, že etické problémy nastávají v některých případech, kdy je nemocný v akutním stavu psychózy, mánie nebo pod vlivem alkoholu a drog. U těchto nemocných nejde bezprostředně o ohrožení života a jejich stav nesplňuje legislativní kritéria, přesto je rizikem ponechat nemocného svému osudu. Pojem „nebezpečnost okolí“ můžeme vykládat také jako ochranu jiných hodnot, například duchovních nebo materiálních. Baudiš uvádí příklad nemocné, která pod vlivem akutních příznaků psychózy pobíhala po Hradčanském náměstí zcela nahá a musela být policií převezena do psychiatrické léčebny.

### 5.5.2 Zachování důvěrnosti

Psychiatr i ostatní odborníci se dostávají do kontaktu s osobními údaji nemocného, které mají mnohdy intimní charakter. Nemocný sbírá odvahu sdělovat často bolestné, někdy zarážející prožitky a zkušenosti, která nesděluje ani svým nejbližším. Tato problematika je uvedena v zákoně o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. a dalších zákonech.

Je třeba si uvědomit, že údaje jsou zpracovávány za určitým účelem, o kterém by měl být nemocný informován. Data musí být zabezpečena a odborníci nesmí sdělovat informace o zdravotním stavu, pokud jim k tomu nedá sám nemocný souhlas.<sup>234</sup> Toto opatření se týká i nejbližších příbuzných nemocného. Odborník je povinován zachovat důvěrnost a zásadně nepoškodit nemocného. Na tom je založen terapeutický vztah mezi nemocným, lékařem a ostatními pomáhajícími.<sup>235</sup> Také musí dostat informaci o svém právu svá data nesdílet.

Se zachováním důvěrnosti souvisí také sdělovat nemocnému pravdivé informace. Případné zkreslení informací může narušit vytvořenou důvěru nemocného. Nemocný by měl být seznámen se zachováním důvěrnosti sdělení a také s výjimkami tohoto principu v souladu s právními normami.<sup>236</sup>

---

<sup>233</sup> Srov. Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 63

<sup>234</sup> Srov. Čadková – Svejková, M. *Zákonné úpravy a běžná agenda sociálního pracovníka*. In Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 57

<sup>235</sup> Srov. Papežová, H. *Etické principy a profesionalita v psychiatrii*. In Ptáček, R. Bartůněk, P. *Etika a komunikace v medicíně*, s. 136

<sup>236</sup> Srov. tamtéž, s. 135

### 5.5.3 Důstojné zacházení

I během nedobrovolné hospitalizace musí být zachována práva nemocného na důstojné zacházení. Personál by měl brát ohled na osobní důstojnost a integritu. Tyto požadavky jsou zakotveny v Občanském zákoníku č. 40/1964 a v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Pospíšil uvádí, že zájmy nemocného by měly být nadřazeny zájmům organizace. Co znamená důstojné zacházení v praxi? Nemocný má právo disponovat osobními věcmi, doklady, cennými předměty, včetně mobilního telefonu. Výjimka nastává pouze tehdy, pokud je nemocný zbaven způsobilosti. Nemocný má právo na informace spojené s léčbou, právo k zachování důvěrnosti dat a dokumentace, právo na soukromí, nahlédnutí do dokumentace, která se vede k osobě nemocného, právo na podání stížnosti a návštěvu svých blízkých.<sup>237</sup>

### 5.5.4 Restriktivní postupy

V psychiatrii je v některých případech nutné použití restriktivních postupů. Pokud je nemocný neklidný, agitovaný, agresivní a nelze situaci zvládnout jinak, přistupuje tým odborníků k omezení nemocného, čímž zasahuje do osobní svobody nemocného. Mezi stavy, v kterých je nemocný indikovaný k omezení patří sebevražedné tendence, stav akutní psychózy, intoxikace, psychózy z organických příčin a další situace, ve kterých nemocný bezprostředně ohrožuje sebe nebo okolí. Mezi omezující prostředky patří:

- uzavřené psychiatrické oddělení,
- terapeutická izolace (místnost, kde je nemocný sám, bez přítomnosti druhých nemocných),
- omezení v lůžku manuální fixací (sít'ová lůžka a ochranný kabátek se již v praxi používá ojediněle),
- podání medikace bez souhlasu nemocného.

Petr uvádí čtyři případy, kdy v souladu se zákonem lze použít omezovacích prostředků:<sup>238</sup>

- nemocný dal poté, co byl o omezení informován, svobodný souhlas,
- předpokládáme, že nemocný by s opařením souhlasil a neprojevuje svůj nesouhlas,
- nemocný ohrožuje sebe nebo okolí,
- od nemocného vzhledem k jeho stavu nelze vyžádat souhlas a přitom aktuální situace vyžaduje okamžitý zásah.

O používání restriktivních opatření rozhoduje lékař a je třeba zachovávat pravidla těchto postupů:<sup>239</sup>

- nemocný by měl dostat informaci o důvodech omezení, o dalším postupu a časovém vymezení omezení,

---

<sup>237</sup> Srov. Pospíšil, F. *Právní rádce*, s. 26

<sup>238</sup> Srov. Petr, T. *Restriktivní postupy*. In Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 114

<sup>239</sup> Srov. Petr, T. *Restriktivní postupy*. In Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 118

- nemocný by měl dostat možnost nechat se omezit dobrovolně,
- během omezování je třeba dbát na důstojnost člověka tak, aby bylo co nejméně stresující (např. nepoužívat bolestivé hmaty),
- nemocnému je třeba průběžně poskytovat informace a podporovat jeho orientaci osobou, místem i časem,
- nemocnému je poskytována zvýšená lékařská a ošetrovatelská péče (hydratace, výživa, vyprazdňování, celkový komfort nemocného),
- omezení je nutné dokumentovat,
- omezovací prostředky nejsou důvodem pro omezení návštěv k nemocnému.

Petr připomíná, že v průběhu omezení, nemocný stále zůstává partnerem v terapeutickém procesu. Obecně platí, že k použití restriktivních opatření by se mělo přistupovat až tehdy, pokud selhaly všechny předešlé intervence. Opatření by měly trvat co nejkratší dobu za současné zvýšené lékařské a ošetrovatelské péče.

V běžné psychiatrické praxi lze omezení nemocného použít v případech ohrožení sebe nebo okolí. Tato definice je dosti obecná a způsobuje odborníkům nemalé potíže. „Stanovení hranice mezi tím, kdy už je pacient nebezpečný sobě a okolí a kdy ještě nikoliv, může být velmi subjektivní.“<sup>240</sup> Stále se hledají odpovědi na otázky, která z metod je nejhumánnější. V roce 2005 byl vydán Věstník MZ ČR č. 1/2005, který stanovuje opatření k používání omezujících prostředků.

### 5.5.5 Zbavení způsobilosti k právním úkonům

U dlouhodobě duševně nemocných se setkáváme s omezením způsobilosti k právním úkonům. Děje se tak nejčastěji z důvodu neuváženého nakládání s finančními prostředky nebo nadužívání návykových látek. Návrh k tomuto opatření může podat jakákoliv právně způsobilá osoba, zdravotnické zařízení nebo státní orgán, na základě lékařského osvědčení. Po podání návrhu se k věci vyjadřuje soudní znalec a vydává posudek pro rozhodnutí soudu. Znalecký posudek se týká diagnózy nemocného, její prognózy, oblastí, v kterých jsou narušeny schopnosti nemocného, např. v oblasti vůle a rozumových schopností. Posuzovaný podle zákona nemusí být o návrhu informován, v případě, že by mohlo dojít k ohrožení života nemocného a také nemusí být předvolán před soud, pokud by mohlo dojít k jeho újmě. Po podání návrhu je však nemocnému stanoven opatrovník pro řízení. Soud ve svém rozhodnutí stanovuje rozsah povinností a práv opatrovníka. Opatrovník zpravidla rozhoduje o majetkových záležitostech, poskytuje souhlas s léčebnými postupy u nemocného a také má nárok na přístup k informacím o zdravotním stavu nemocného.<sup>241</sup> Touto problematikou se zabývá občanský zákoník č. 40/1964 Sb. a občanský soudní řád č. 99/1963 Sb.

Jestliže soud rozhodne pro omezení způsobilosti, je soudem označen opatrovník. Ten je zpravidla z okruhu rodinných příslušníků, a pokud jej nemocný nemá, je mu přidělen pracovník městského nebo obecního úřadu. Způsobilost k právním úkonům může být omezena částečně nebo úplně, a pokud pominou důvody, které k němu vedly, může soud zase omezení zrušit. Proti rozsudku soudu se může nemocný odvolat do 15

<sup>240</sup> Petr, T. *Restriktivní postupy*. In Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 115

<sup>241</sup> Srov. Pospíšil, F. *Právní rádce*, s. 41

dnů od jeho doručení. Žádost o přezkoumání může podat opět kdokoli, dokonce i osoba, která byla zbavena svéprávnosti.<sup>242</sup>

Společným jmenovatelem výše uvedených opatření je zasahování do osobní svobody nemocného. Jejich funkce spočívá v léčbě a zároveň sociální kontrole.<sup>243</sup> V následující části se budu zabývat omezováním osobní svobody nemocného z etického hlediska.

## 5.6 Může být omezování svobody v péči o nemocné morálně oprávněné?

Péče o duševně nemocné s sebou přináší omezování osobní svobody člověka. K takovým opatřením je nutno přistupovat, jestliže je nemocný nedobrovolně hospitalizován, je třeba použít restriktivních opatření nebo musí být zbaven právní způsobilosti. Tyto léčebné postupy mohou pracovníka stavět do problematických situací. Za prvé, omezení klienta prožívá nepříjemně - chce nemocnému pomáhat a přitom je nucen postupovat proti jeho vůli, za druhé, snadno může svoji moc k omezení člověka zneužít. Z pohledu klienta je zásah do osobní svobody rovněž nepříjemnou záležitostí. Vlivem onemocnění nemusí situaci rozumět a dochází k narušení důvěry k pracovníkovi. Je omezení svobody druhého morálně oprávněné? V jakých případech a jakým způsobem? Tato otázka má etický rozměr.

Sokol definuje svobodu člověka jako: „Prostor možností, příležitost jednat a nejednat podle vlastního zhodnocení a rozhodnutí.“<sup>244</sup> Svoboda má pro člověka mimořádný význam a je přímo charakteristikou lidství.<sup>245</sup> Vedle života je svoboda nejcennější hodnotou a úzce souvisí s důstojností. Každý člověk může díky svobodě řídit svůj život podle možností, ale zároveň je nucen respektovat svobodu druhého. Svoboda staví člověka před neustálou volbou mezi možnostmi.

Odkud vlastně svoboda člověka pochází? Svoboda člověka může být zdůvodněna dvěma hlavními argumenty. První vychází z křesťanství: člověk je stvořen k Božímu obrazu jako svobodný, je mu podoben právě svobodným jednáním. Druhým argumentem je pohled na rozumovou přirozenost člověka. Člověk je součástí živočišné říše, ale tuto živočišnou přirozenost přesahuje svoji rozumností. Disponuje rozumem, tj. schopností myslet a na základě toho i svobodně jednat.<sup>246</sup>

Lidská svoboda je vždy omezená vnějšími okolnostmi, které často nemůže změnit. Nemohu chtít neomezenou svobodu rozhodování a jednání. Jde spíše o to, aby moje svoboda nebyla omezována zbytečně. Můžeme rozlišovat mezi oprávněnými a bezdůvodnými omezeními.<sup>247</sup> Má svoboda může zasahovat do svobody druhého neoprávněně, v tom spočívá úskalí zneužití svobody pracovníkem.

Pokud omezují svobodu druhého, musím ospravedlnit své jednání a nemohu druhému bránit v uskutečňování cílů. Morální problém tedy nemůže spočívat v tom, zda si jednajících osoby smějí omezovat svobodu, ale v tom, jak to smějí dělat.<sup>248</sup> Etika nám

---

<sup>242</sup> Srov. Čadková – Svejková, M. *Zákonné úpravy a běžná agenda sociálního pracovníka*. In Mahrová, G. Venglářová, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 56

<sup>243</sup> Srov. Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 47

<sup>244</sup> Sokol, J. *Etika a život*, s. 60

<sup>245</sup> Srov. Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 37

<sup>246</sup> Srov. Machula, T. *Sebeurčení a autonomie jedince*. In Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro sociální práci*, s. 138

<sup>247</sup> Srov. Ricken, F. *Obecná etika*, s. 121

<sup>248</sup> Srov. Ricken, F. *Obecná etika*, s. 128

dává pravidla, co dělat můžeme a co dělat nesmíme a to usnadňuje jednání v konkrétních situacích.<sup>249</sup>

Omezovací prostředky u duševně nemocných jsou příkladem omezování svobody člověka a nesou atribut násilí. Násilím rozumíme takové působení na člověka, jehož cílem je dovést ho proti jeho vůli k nějakému konání nebo nekonání. Ricken píše: „Ne každé omezení svobody je násilím.“<sup>250</sup> Jestliže nemocný trpí takovou chorobou, že jeho stav mu neumožňuje dát souhlas s léčbou, lze násilí ospravedlnit.

Násilí může být užito teprve tehdy, pokud není možné druhého přivést k jednání pomocí diskurzu. Násilí je možné užít z toho důvodu, aby bylo zabráněno zásahu do svobody třetí osoby. Na místě je nejprve ovlivňovat druhého pod pohrůzkou omezení.<sup>251</sup> Ricken píše, že nutnou podmínkou hrozby je to, že druhý porušuje zásadu obsahového sebeúčelu a také to, že míra pohrůžky má být přiměřená ke zlu, ke kterému by mohlo dojít.

Kdo je oprávněn násilí na nemocném vykonávat? V uspořádaných politických poměrech dává oprávnění stát a stanovuje podmínky k jeho vykonání pomocí legislativy. Pracovník pomáhající duševně nemocnému je povinen použít omezovací prostředky, pokud je nemocný nebo jeho okolí v ohrožení života. Jeho povinnost vychází z povolání, k němuž se zavázal plnit určitou funkci. Povinností se rozumí určité jednání, které je v souladu s pravidly instituce.<sup>252</sup> To neznamená, že se tyto povinnosti navzájem nemohou dostat do konfliktu, jen je třeba tyto okolnosti zvažovat. Tuto povinnost „prima facie“ je třeba odlišit od aktuální povinnosti.<sup>253</sup>

Spaemann takové jednání připodobňuje k nucené výživě. Tu můžeme ospravedlnit, pokud je nemocný ve stavu bezvědomí a my dbáme o jeho zájmy, v jeho zastoupení. Myslíme si přitom, že kdyby byl zdravý, byly by v souladu s našimi. Ve chvíli, kdy je již nemocný jídla schopen, nikdo nemá právo mu jídlo nutit a ignorovat jeho svobodu. „On má odpovědnost, a my ji máme pouze potud, pokud on potřebuje naši pomoc k tomu, aby svou odpovědnost naplňoval.“<sup>254</sup>

Protože svobodná vůle člověka umožňuje dobré i zlé, můžeme duševně nemocného omezit vzhledem k jeho duševnímu stavu.<sup>255</sup> Omezení můžeme ospravedlnit, protože v danou chvíli by svoboda vůle mohla více škodit než být k užítku. Navzdory použití fyzické převahy, může být provedeno důstojně, s úctou k nemocnému. Fyzické omezení sice krátkodobě znemožňuje uplatnit svobodnou vůli člověka, ale z dlouhodobého hlediska přináší nemocnému prospěch. Vytváří podmínky k tomu, aby se jeho svoboda mohla uskutečnit a aby člověk mohl dosáhnout svých cílů.

## 5.7 Etická dilemata

Pracovník se ve své každodenní praxi dostává do obtížných situací, ve kterých se musí rozhodovat mezi několika možnostmi anebo ví, jak by měl postupovat, ale tento postup mu nějakým způsobem nevyhovuje. Příkladem může být situace, kdy si pracovník na

---

<sup>249</sup> Srov. Ricken, F. *Obecná etika*, s. 78

<sup>250</sup> Tamtéž, s. 142

<sup>251</sup> Srov. Habáň, M. *Přirozená ethika*, s. 89

<sup>252</sup> Srov. Ricken, F. *Obecná etika*, s. 135

<sup>253</sup> Srov. tamtéž, s. 137

<sup>254</sup> Spaemann, R. *Štěstí a vůle k dobru*, s. 201

<sup>255</sup> Srov. Sokol, J. *Etika a život*, s. 60

psychiatrickém oddělení myslí, že by klient potřeboval více mluvit o své životní situaci, než užívat léky, ale tuto pomoc mu nemůže poskytnout v rámci organizace.

Dilema definuje Klimeš jako: „nutnou (někdy obtížnou) volbu mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi.“<sup>256</sup> Typickým znakem dilematických situací je, že možnosti mohou být neslučitelné nebo s jejich výběrem bývá obtíž. Tyto situace jsou pro pracovníka náročné, vytvářejí určité napětí, a proto se s nimi musí nějak vyrovnat. Další možností, jak se může pracovník k dilematu postavit, je snažit se dilematu vyhnout.

Protože má sociální pracovník moc rozhodovat o druhých, musí mnohdy volit mezi morálními hodnotami a etickými principy. Takové dilema označujeme za „etické“. Banks rozlišuje etické problémy a etická dilemata. Etické problémy vznikají tam, kde je jasné, jak by měl pracovník jednat, ale s tímto rozhodnutím vnitřně nesouhlasí. Etická dilemata jsou situace, kdy pracovník stojí před dvěma i více možnostmi, které představují konflikt morálních principů.<sup>257</sup>

V etických dilematech může dojít ke střetu zájmů ve více rovinách: mezi pracovníkem a klientem, klientem a jiným člověkem, ke střetu zájmů mezi klientem a společností, ke konfliktu mezi zaměstnavatelem a pracovníkem.<sup>258</sup>

Matoušek píše, že to, jak situaci sociální pracovník vyhodnotí, závisí na osobnosti pracovníka, jeho zkušenostech, hodnotách, ale i na kontextu konkrétního pracoviště. Pro některého pracovníka nemusí být situace označena za problémovou, ale jako za potíže s dodržováním pravidel. Jiný pracovník nalézá obtížné rozhodnutí.<sup>259</sup>

Henriksen uvádí, že etický problém vzniká tehdy, pokud existuje několik řešení, která jsou vhodná, ale zároveň se vylučují anebo víme co dělat, ale je to v rozporu s našimi hodnotami a nemůžeme to provést.<sup>260</sup>

Následující část ukazuje etická dilemata, se kterými se setkává pracovník každodenně ve své praxi. Níže popsaná dilemata se týkají péče o nemocné se schizofrenií. Podle Musila uvádím pět dilemat: dilema mezi rovnocenným přístupem ke všem a upřednostňováním některého klienta, mezi jednostranností a symetrií ve vztahu s klientem, mezi snahou zasáhnout včas a obavou z unáhleného zásahu, mezi komplexními a zjednodušenými cíli, mezi množstvím klientů a kvalitou poskytované služby.<sup>261</sup>

Připomeňme si, že z psychologického hlediska znamená dilema obtížnou volbu, která pokud je dlouhodobá, představuje pro jedince značnou zátěž. V bezprostřední chvíli způsobuje úzkost, napětí, hněv nebo vztek, někdy se může objevit apatie. Pokud je jedinec vystaven zátěži dlouhodobě, může vyústit v poruchy spánku, soustředění, deprese až psychosomatická onemocnění.<sup>262</sup>

Většinu etických dilemat při práci s klienty doprovází snaha o dlouhodobé vyhýbání se situaci. Ze zjevného dilematu, které pracovníky nutí k nepříjemné volbě, se stává dilema „latentní“. K vyrovnání se se závažností dilematické situace pomáhají

---

<sup>256</sup> Klimeš In Musil, L. *Ráda bych vám pomohla, ale*, s. 36

<sup>257</sup> Srov. Banks In Matoušek, M. *Metody a řízení sociální práce*, s. 24

<sup>258</sup> Srov. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

<sup>259</sup> Srov. Matoušek, M. *Metody a řízení sociální práce*, s. 24

<sup>260</sup> Srov. Henriksen, J. O. Veltesen, A. *Blízké a vzdálené*, s. 207

<sup>261</sup> Srov. Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale*“, s. 45

<sup>262</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 51

pracovníkům obranné mechanismy, z nichž Musil jmenuje především racionalizaci. Vodáčková definuje racionalizaci jako: „Pokus o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením.“<sup>263</sup> Pracovník ve své organizaci situaci vyřeší přijatelným vysvětlením. Může odůvodnit, co je správné a žádoucí a co nikoliv. Obvykle toto ospravedlnění učiní pracovník sám nebo se nechá inspirovat od zkušených kolegů. Ustálená představa o souvislosti určitých příznaků s vlastnostmi klienta nemá daleko ke stereotypům. Pokud si pracovník souvislosti neověří svoji zkušeností, potom jedná „předsudečně“. Dochází tak k profesionálnímu pochybení, které má dopad na kvalitu služby.<sup>264</sup>

### 5.7.1 Neutralita nebo favoritismus

Etické dilema, které popisuje Musil, vzniká při porušení postoje neutrality ke klientům. Pracovníci se snaží zvládat pracovní zátěž a nerovně zachází s klienty.<sup>265</sup> Činí tak rozlišováním klientů podle různých kategorií, například osobních sympatií, antipatií nebo posuzováním „hodnoty“ klienta. Hodnotným klientem může být mladý, hezký, společenský člověk, který má zaměstnání, rodinu, přátele a pozitivně reaguje na nabízenou pomoc.<sup>266</sup> Rozdělení klientů na „schopné“, „úctyhodné“ nebo „morálně způsobilé“, bývá odůvodněno zkušenostmi pracovníka, zvyklostmi organizace nebo postoji společnosti. Pracovník si klade otázku: „Je klient viníkem své situace nebo její obětí? Může a chce dosáhnout změny? Je klient hodný úcty?“<sup>267</sup> Na základě těchto kritérií závisí míra a kvalita poskytované péče. Problém vzniká tehdy, jestliže pracovník svoji zkušenost používá účelově a zcela automaticky.

Co vede pracovníka k tomuto rozlišování? Vedle omezování pracovní zátěže to může být snaha o získání pracovního uspokojení. Práce s klientem, který spolupracuje a je motivován ke změně, přináší mnohem více výsledků i ocenění ze stran kolegů. Práce s motivovaným klientem se zdá smysluplná a život obohacující. Nejen klient, ale také pracovník potřebuje zažívat pocit úspěchu. Porušení postoje neutrality chrání pracovníka před potenciálním neúspěchem. Léčit nemotivované dlouhodobě chronicky nemocné klienty vyžaduje mnoho úsilí a času.<sup>268</sup>

Kopřiva uvádí, že vztah mezi pracovníkem a klientem se začne měnit. Práce se stává spíše prostředkem k vlastnímu uspokojení, než cílem samotným. Tento fenomén nazývá: „lásku ve službách sebeúcty“.<sup>269</sup> Mnozí pracovníci mají tendenci upřednostňovat mladé, atraktivní, inteligentní a úspěšné klienty před starými a nemocnými. Lépe se pomáhá někomu, komu se snáze rozumí, s kým je nám dobře, kdo je výše postavený. Potom i pracovník se cítí „povýšen“, chce udělat dobrý dojem na své kolegy a má pocit větší smysluplnosti práce. Kopřiva upozorňuje na to, že tyto tendence jsou přirozené, ale podstatné je to, zda si jich je pracovník vědom. Pravidelná a poctivá sebereflexe může pomoci k tomu, aby taková motivace ztratila svoji sílu.<sup>270</sup>

Toto dilema může vyvolat dvojí reakci. Pracovník rozlišování klientů vědomě odmítne nebo se sám sebe snaží přesvědčit, že předsudky jsou pravdivé. Musil píše, že

---

<sup>263</sup> Srov. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 58

<sup>264</sup> Srov. Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale*“, s. 46

<sup>265</sup> Srov. Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale...*“, s. 77

<sup>266</sup> Srov. Lipský In tamtéž, s. 78

<sup>267</sup> Srov. Hasenfeld In tamtéž, s. 80

<sup>268</sup> Srov. Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale*“, s. 89

<sup>269</sup> Srov. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 25

<sup>270</sup> Srov. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 21



druhá reakce bývá častější, neboť přináší pracovníkům zisky – omezuje pracovní zátěž a přináší větší profesní uspokojení. Pokud pracovník ztotožňuje některé příznaky onemocnění s vlastnostmi klienta, nemá daleko k předsudku.<sup>271</sup> Předsudky vytváří problém zejména tam, kde nejsou reflektované a ovládají nás.

*Příklad: Pracovník věnuje více pozornosti klientovi s diagnózou „porucha přizpůsobení“ nebo „akutní reakcí na stres“, než klientovi s chronickou schizofrenií. V prvním případě je klient otevřený pomoci a je větší naděje na terapeutický efekt. U klienta se schizofrenií se setká s menší pravděpodobností s viditelnou změnou.*

Dilema představuje střet mezi postojem neutrality – poskytovat péči všem a favoritismem – věnovat se klientům podle vlastního výběru. Dilema se týká pracovníka, klientů i zvyklostí organizace, která upřednostňuje některé klienty.

U klienta s „poruchou přizpůsobení“ nebo „akutní reakcí na stres“ se spíše setkáme s pozitivními výsledky v léčení. Na opačném pólu se nachází klient s chronickou schizofrenií, který je opakovaně hospitalizován na psychiatrickém oddělení a není motivován ke změně. V prvním případě se pracovníkovi s klientem lépe komunikuje, práce je zajímavá a to zpětně posiluje profesní kompetence pracovníka. U klienta se schizofrenií se můžeme setkat s menší pozorností a respektem k přáním a pocitům klienta.

Rozlišování klientů na více a méně hodnotné se dostává do konfliktu s etickými principy poskytování služeb. Od odborníků v pomáhajících profesích se očekává „morální neutralita“ - ke každému klientovi má pracovník přistupovat stejně, bez rozdílu. Pomáhající je vázán etickým kodexem k tomu, aby „respektoval 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.“<sup>272</sup> Nerovný přístup ke klientům, etickému kodexu neodpovídá a je s ním v přímém rozporu.

Pracovník by měl být otevřený pro práci se „všemi“ klienty, tedy i pro neléčitelné, nemotivované a nespolupracující. Neměl by předpokládat na základě druhu onemocnění, že klient nebude motivovaný ke změně. Klient prochází vývojem jako každý člověk a proto si nikdy si nemůže být zcela jist, zda bude mít o změnu zájem či nikoliv a pokud bude mít zájem, nemůže vědět, zda intervence bude či nebude účinná. Jeho povinností je motivovat „nemotivované“ a věnovat pozornost těm, kteří o ni mají zájem.

### **5.7.2 Množství klientů nebo kvalita služeb**

Dilema neutrality a favoritismu se částečně překrývá s dilematem mezi množstvím klientů a kvalitou služeb. Pracovníci se mnohdy vyrovnávají s velkým množstvím klientů a nemohou poskytovat péči všem ve stejné míře.<sup>273</sup> Podle Musila se tak děje ze dvou důvodů: za prvé proto, že množství klientů přesahuje kapacitu pracovníků anebo proto, že se pracovníci snaží usnadnit si práci. Dochází k rutinním postupům, které

---

<sup>271</sup> Srov. Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale*“, s. 78

<sup>272</sup> Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

<sup>273</sup> Srov. Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale*“, s. 61

omezují kvalitu poskytovaných služeb. Pracovníci si na takový způsob práce zvyknou a začnou jej vnímat jako samozřejmý.<sup>274</sup>

Omezování služeb se děje vlastně nepřímo. Pracovník nevychází dostatečně vstříc potřebám klientů, omezuje dostupnost služeb, svoji vstřícnost nebo spolehlivost. Například nepodává dostatek informací, požaduje velké množství dokladů a vyvolává pocity nejistoty. Tyto postupy jsou samotnými pracovníky racionalizovány tak, že se stanou samozřejmými a udržují pracovní zátěž v přijatelných mezích. Nejsou jen záležitostmi konkrétního pracovníka, ale zvyklostmi dané organizaci.<sup>275</sup>

*Příklad: Duševně nemocný je hospitalizovaný na psychiatrickém oddělení, kde převažuje paternalistický model péče. Ochotně se vydává do rukou odborníků, kteří jsou „experty“ na jeho situaci. V důsledku své nemoci má klient omezené sociální dovednosti a ocitá se v pasivní pozici. Pracovník má odlišný pohled, než je kultura pracoviště. Nepovažuje za „experta“ sebe, ale klienta a chce ho zplnomocňovat v jeho fungování.*

Dilema se týká především pracovníka, klienta a kultury pracoviště. Pracovník stojí před rozhodnutím, zda přistupovat ke klientovi jako k seburčující bytosti, která je respektována v osobní volbě a je „cílem o sobě“ nebo z pozice experta, v souladu se zvyklostmi pracoviště.

Goffman nazývá expertní přístup ke klientům jako tzv. „model opravárenských služeb“. Jde vlastně o interakci mezi „experty“ a jejich „klienty“. Expert opravuje klienta jako porouchaný systém podle určitých pravidel a rituálů. Od klienta se vyžaduje, aby při „opravě“ neprotestoval a spolupracoval. Nemocný věří, že lékař je odborník na svoji práci. Důvěřuje mu a pociťuje k němu vděčnost.<sup>276</sup>

Pracovník obvykle přistupuje k situaci „racionálně“. Buďto je postup zdůvodněn jako prospěšný klientům nebo se odvolává na nedostatek času. Pokud má pracovník odlišný názor od názoru svého pracoviště a nepřizpůsobí se jeho zvyklostem, obvykle po nějaké době odchází nebo si najde jiný druh činnosti, kde výše popsané dilema nebude pociťovat.

Goffman popisuje možnost roli „experta“ odmítnout. Pracovník může usilovat o využití terapie během celodenního kontaktu s klientem a formulaci otevřené kritiky organizaci.<sup>277</sup> To je podle Goffmana jen úniková strategie, která se vztahuje k osobnímu dilematu, ale ne ke kultuře pracoviště. Goffman je v řešení nadměrného množství klientů skeptický. Dilema nelze jednoduše vyřešit zvýšením počtu pracovníků. Pokud organizace zlepší svoje služby, automaticky stoupne poptávka a celý cyklus se opakuje. Lipsky navrhuje plnění těchto podmínek:<sup>278</sup>

- pracovníci budou posilovat rozhodování klientů o službách, tzv. je zplnomocňovat,
- pracovníci budou vycvičeni v alternativních metodách práce s klientem,
- poskytování služby bude otevřené, podpůrné, bude podporovat kritiku a kladení otázek.

---

<sup>274</sup> Srov. Musil, L. „Ráda bych vám pomohla, ale“, s. 64

<sup>275</sup> Srov. tamtéž, s. 72

<sup>276</sup> Srov. Goffman In Musil, L. „Ráda bych vám pomohla, ale“ s. 65

<sup>277</sup> Srov. Goffman In Musil, L. „Ráda bych vám pomohla, ale“, s. 73

<sup>278</sup> Srov. Lipsky, Goffman In tamtéž, s. 75

Pojem „zplnomocňování“ vyjadřuje spíše princip práce, než techniku. V systemickém pojetí je zplnomocňován klient k tomu, aby byl „expertem“ na svůj život.<sup>279</sup> Zplnomocňujícím přístupem dává pracovník klientovi najevo respekt a víru, že je schopen v životě obstát. Klient tak může získat větší kontrolu nad svým životem. Praktickým projevem zplnomocňování je například oceňování, důraz na silné stránky klienta, definování společných cílů. Abychom mohli klienty zplnomocňovat, je třeba důvěřovat v jejich schopnosti.

Aktivní odpůrce kultury pracoviště se při svých snahách může setkat s nezdarem. Zodpovědnost pracovníka leží především v osobní rovině. Přístup pracovníka, který staví do role „experta“ klienta, nikoli sebe, může být impulzem ke zvýšení kvality služeb v organizaci.

### 5.7.3 Jednostrannost nebo symetrie ve vztahu s klientem

Jednostrannost a symetrie ve vztahu mezi klientem a pracovníkem představuje další dilema. Musil uvádí, že může mít více rovin: volbu mezi kontrolou (monologem) a pomocí (dialogem), volbu mezi přidělenou a přirozenou autoritou. Odborníci, kteří pracují s klienty s psychózou, jsou často postaveni před otázku, zda mají klienty vést podle svých představ nebo podle představ klienta.

#### Pomoc a kontrola

Kontrola nebo monolog je chápán jako jednostranné ovlivňování klienta pracovníkem. Pracovník se dívá na klienta jako na objekt péče, má svoji jasnou představu o situaci a jejího řešení a tomu také odpovídá jejich vzájemná komunikace. Úlehla nazývá kontrolu jako „držení problému pracovníkem“. Taková situace nastává, pokud je chování klienta považováno za nepřijatelné, například užívá návykovou látku nebo zanedbává péči o dítě. Přestože má klient v zásadě jiný názor než pracovník, bude se snažit klientovo chování měnit, postupuje jednostranně, nezávisle na jeho vůli. Pro přebírání kontroly je typické, že je vykonávána podle určitých norem a staví klienta do podřízené pozice.<sup>280</sup>

Pomoc nebo dialog naproti tomu představuje symetrický vztah mezi klientem a pomáhajícím. Pracovník sice má určitou představu o situaci klienta, ale na rozdíl od monologu není upřednostňována před představou klienta. Druhého chápe jako partnera, vede s ním dialog a usiluje o vzájemné porozumění a respekt. Pokud je „držitelem problému klient“, jde o vykonávání „pomoci“.<sup>281</sup> Klient je něčím znepokojen, něco jej trápí, zlobí, cítí se nešťastný. Pracovník se snaží klientovi pomoci v souladu s klientovým přáním. „Pomoc je užitečná, respektující a příjemná, protože je založená na spolupráci rovnocenných. Pomoc je nepřetržitým zvaním druhého k dialogu.“<sup>282</sup>

Oba způsoby jsou stejně důležité a jsou považovány za profesionální způsoby práce. Oba vyžadují specifické dovednosti a postupy a mají svá úskalí. Pokud je držitelem problému klient a pracovník si vezme jeho problém na starost, může se ocitnout v pasti. Zrovna tak, pokud je držitelem problému pracovník, může se dostat do úzkých, když pracuje na své a nikoliv klientově zakázce. Situace ve vyhocené podobě vypadá tak, že sám sobě zadává úkoly a plní svá přání.<sup>283</sup>

---

<sup>279</sup> Srov. Úlehla, I. *Umění pomáhat*, s. 89

<sup>280</sup> Srov. Úlehla, I. *Umění pomáhat*, s. 22

<sup>281</sup> Srov. tamtéž, s. 28

<sup>282</sup> Tamtéž, s. 23

<sup>283</sup> Srov. Úlehla, I. *Umění pomáhat*, s. 31

*Příklad: Nemocný se schizofrenií je pasivní a nespolupracující, nedodržuje režim oddělení. Během komunity na psychiatrickém oddělení setrvává v lůžku a nechodí si pro léky. Pracovník chce maximálně zachovávat samostatnost klienta a podporovat jeho motivaci k léčbě, zároveň usiluje o dodržování pravidel platných pro všechny.*

Pracovník volí mezi pomocí a kontrolou. Usiluje o spolupráci s klientem, ale ten má o léčbě jinou představu. Základem profesionality je neustálá reflexe vlastní práce, zda pracovník vykonává kontrolu nebo pomoc. Volba mezi těmito dvěma způsoby práce je vždy na pracovníkovi. Kontrola bývá rychlejším způsobem péče, než je dojednávání a dialog s klientem. Nedostatek času je nejčastějším ospravedlněním této volby. Úskalím se stává tehdy, pokud je jeho používání nereflektované a používané dlouhodobě nebo nadbytečně. Takový způsob práce jen prohlubuje závislost klienta a brání jeho autonomii.<sup>284</sup>

Také Kopřiva upozorňuje na to, že kontrola může být nadbytečná. K nadměrné kontrole se uchylují pracovníci, které nesouhlas druhých znejišťuje. Proto jim více vyhovují situace, kdy prostor pro nesouhlas není příliš velký. Pracovník by měl respektovat klienta jako autonomního jedince a partnera tak, jak to dovoluje situace.<sup>285</sup>

#### Přidělená a přirozená autorita

Další dimenzí dilematu mezi jednostranností a symetrií ve vztahu je využívání autority pracovníka. Pracovník je ve vztahu ke klientovi v nerovném postavení a je obdařen přidělenou autoritou, která souvisí s jeho postavením v organizaci. Právě přidělená autorita podporuje asymetrii ve vztahu. V některých případech může pracovník o získání autority přímo usilovat jako nástroje k upevnění sebeúcty a sebejistoty. Sociální pracovník může za určitých okolností odebrat dítě z rodiny, lékař může zabránit duševně nemocnému opustit oddělení nebo nedat doporučení pro uznání invalidního důchodu. Kopřiva píše, že čím více může pracovník zasahovat do života klienta, tím hůře s ním navazuje symetrický vztah. Rozhodování pracovníka ve shodě s jeho pravomocí může být chápáno jako projev nepřátelství.<sup>286</sup>

Využívání přidělené autority může v mnohých situacích usnadnit praktické zacházení s klienty. Kopřiva popisuje možné reakce, které u klientů v důsledku toho mohou nastat: klient se stáhne z kontaktu, zaujme pasivní postoj, může prožívat zlost nebo křivdu, popřípadě se pokusí usilovat o mezilidský kontakt.<sup>287</sup> Pomáhání se pak mívá svým cílem.

Přirozená autorita pracovníka je založena na osobních kvalitách – moudrosti, zkušenosti, vzdělání, naslouchání, umění empatie apod. Pracovník o ni musí od počátku vztahu usilovat. Pokud tak nečiní, zbývá autorita přidělená. Přirozená autorita přináší do vztahu vzájemnost a symetrii a umožňuje vést s klientem dialog. Musil píše, že v dialogu je uznávání autority vzájemné – i terapeut uznává autoritu klienta a nechává se jím přirozeně ovlivňovat. Přirozená autorita se vytváří například tím, že pracovník dodržuje slovo, je spolehlivý, dochvilný atd. Kopřiva upozorňuje, že čím více pracovník rozhoduje o praktickou výhodu nebo újmu klienta, tím těžší je vzájemná partnerská spolupráce.<sup>288</sup>

---

<sup>284</sup> Srov. Musil, L. „Ráda bych vám pomohla, ale“, s. 99

<sup>285</sup> Srov. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 18

<sup>286</sup> Srov. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 41

<sup>287</sup> Srov. tamtéž, s. 40

<sup>288</sup> Srov. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 41

Pracovník, který se bude snažit změnit kontrolu v pomoc a využívat spíše přirozené autority, se může ocitnout v rozporuplné situaci vzhledem ke klientovi a organizaci. Existuje nějaké propojení přirozené a přidělené autority? Musil popisuje možnost „kontrolované užívání autority“. Pracovník se nevyhne stát se „držitelem problému“. Využívá k tomu přidělené autority, která se dá využít ve prospěch klienta. Pokud tak učiní pomocí přirozené autority, klient situaci akceptuje a lze vytvořit symetrický vztah. Jedná se vlastně o vzájemné propojení obou přístupů. Pracovník využije přidělenou autoritu k tomu, aby klientovi tlumočil očekávání společnosti a zároveň ji využije pro vzájemnou spolupráci. Pracovník může brát vážně pohled klienta a zároveň dávat najevo, že zlepšení je možné pouze v kontextu společnosti. Ke slovu se dostane to, jak situaci vidí pracovník i klient.

V symetrickém vztahu je držitelem problému klient a pracovník uplatňuje svoji přirozenou autoritu. V tomto případě pracovník koriguje své představy s představami klienta a upravuje je. Ve výše uvedeném případě může pracovník vyvíjet určitý tlak na nemocného, aby užíval léky, aby bylo možno s ním později řešit životní situaci.

#### **5.7.4 Zasáhnout nebo nezasáhnout**

Běžnou součástí práce v pomáhajících profesích je dilema, zda zasahovat do života klienta či nikoli. Laan upozorňuje, že pracovníci se mohou dopustit dvojí chyby. Nesmí zasahovat do života klienta ukvapeně, ani se dopustit nedbalosti a zasáhnout nesprávně.<sup>289</sup> Rozlišování mezi těmito dvěma způsoby bývá někdy obtížné. Aby se pracovník vyvaroval chyby z nedbalosti, raději zasahuje i tehdy, když to není nezbytně nutné. Sklon k určitému typu pomoci závisí nejen na osobnosti pracovníka a jeho hodnotách, ale také na kultuře konkrétního pracoviště. V různých organizacích bývají pracovníci shovívavější k jednomu z těchto dvou způsobů práce, např. „neoprávněný zásah“ je posuzován méně přísně, než „nedbalost“.

*Příklad: Klient v akutním stadiu schizofrenie je neklidný, přechází po místnosti, vykřikuje, často kontaktuje pracovníky a ostatní nemocné. Personál se snaží nemocného nejprve slovně usměrnit, ale situace trvá dlouho a má eskalující tendenci. Personál se rozhoduje, zda použije omezovací prostředky, kdy a v jaké míře.*

Pro pracovníka nastává dilema, zda zasáhnout nebo nezasáhnout, zda kontrolovat nebo pomáhat. Dilema vychází z protichůdnosti přání klienta, osobního nastavení pracovníka a zájmů společnosti. Situace se týká jak klienta samotného, pracovníka a jejich vztahu, tak i ostatního personálu, ostatních nemocných, legislativy.

Odložení zásahu ve chvíli akutního neklidu nemocného může mít tragické následky. Pokud pracovník nepoužije omezující opatření včas, riskuje bezpečí nemocného, personálu i ostatních nemocných. Povolání pracovníka vyžaduje, aby situaci adekvátně vyhodnotil a bezpečí všech zúčastněných zachoval.

Z hlediska klienta je žádoucí volný pohyb bez omezení. Zásah personálu může vnímat negativně. Tuto okolnost má na mysli také pracovník. Použití násilí se mu osobně příčí – upřednostňuje ústní dohodu a důvěruje v její dodržení. Usiluje o zachování co největší autonomie klienta. Pokud zasáhne příliš brzy, může být omezení zbytečné. Omezení svobody navíc narušuje důvěru mezi pracovníkem a klientem. Jak bude pracovník klientovi pomáhat po odeznění akutního neklidu, když nyní použije násilí?

---

<sup>289</sup> Srov. Lann In Musil, L. „Ráda bych vám pomohla, ale“, s. 137

Také spolupracovník může mít odlišný pohled na dobu a způsob omezení. Přistoupil by k němu dříve kvůli bezpečí všech zúčastněných. Názor ostatních pracovníků není zanedbatelný, dochází k vzájemné spolupráci v týmu, a proto je třeba jej respektovat. Čím je přirozenější atmosféra v organizaci mezi pracovníky, tím méně dochází ke střetům mezi pracovníky i nemocnými.<sup>290</sup>

Omezování nemocného je třeba provádět podle určitých pravidel. Hodnota pravidel spočívá v tom, že nám ulehčuje aplikování zásady pro podobné situace. Petr uvádí, že omezení nemocného by mělo sloužit pouze k omezení akutního neklidu. Nesmí se jednat o projev fyzické převahy nebo potrestání.<sup>291</sup> Neklid nemocného vyžaduje speciální přístup, který se projevuje ve verbální i neverbální komunikaci. Pocit bezpečí lze maximálně zachovat vstřícným přístupem a podáváním informací nemocnému. Tím dochází k zachování lidské důstojnosti a ochraně kvality vztahu. Laan považuje i takový rozhovor za dialog, protože jsou stanoviska klienta brána vážně.

Pravidla mají bohužel jen obecnou platnost. Musíme brát v úvahu rozdíly každé situace. Chybám lze předejít, pokud pracovník posuzuje každý případ uvážlivě a svědomitě. Zároveň musí reflektovat své jednání. Měl by si klást otázky: Co dělá a s jakými úmysly? Mohl by jednat jinak? K jakým okolnostem je nucen přihlížet? Laan upozorňuje, že pracovník nemusí dospět k jednoznačnému rozhodnutí. Otázka, jak by měl pracovník nejlépe postupovat, může zůstat otevřená. Měl by se však nejprve snažit, než přistoupí k fyzickému omezení, aby byly využity všechny možnosti neomezuujícího přístupu.<sup>292</sup> A pokud k omezení dojde, může proběhnout respektujícím způsobem k důstojnosti nemocného.

### 5.7.5 Komplexní nebo zjednodušené cíle

Zjednodušování cílů je způsob, jak se pracovníci vyrovnávají s neurčitostí své práce. Musil uvádí, že cíle sociálních služeb jsou mnohdy nejednoznačné, nejasné, někdy dokonce protikladné. Spíše vyjadřují ideál společnosti, než konkrétní cíl.<sup>293</sup> Například psychiatrické oddělení si klade za cíl léčbu duševních onemocnění. Cíl již jasně nestanovuje, jak postupovat ke klientům s chronickým duševním onemocněním, které je komplikováno nadužíváním návykových látek. Pracovníkovi nezbyvá než zjednodušit si cíle po svém.

Komplexnější cíle bývají v rozporu s jejich proveditelností a přinášejí obtíže ve smysluplnosti práce. Pracovníci se snaží zjednodušení cílů racionalizovat sami před sebou i před ostatními, například větami: „Komu není rady, tomu není pomoci.“ Pracovník se zaměří na klienty, s kterými naváže dobrou spolupráci a dosáhne žádoucích výsledků. Opodál zůstanou ti, kteří jsou považováni za neschopné nápravy.<sup>294</sup> Musil uvádí, že vyhnout se dilematu lze pomocí tzv. medikalizace sociálních problémů. Příčinu problémového chování hledá pracovník v osobnosti klienta a chování posuzuje jako důsledek onemocnění. Jedná se vlastně o obranný mechanismus, který slouží ke zjednodušení situace. Klient se dostává automaticky do podřízené a závislé pozice a stává se objektem jediného správného postupu. Pracovník svoje zjednodušení cílů

---

<sup>290</sup> Srov. Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 111

<sup>291</sup> Srov. Petr, T. *Restriktivní postupy*. In Marková, E. Venglářová, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 110

<sup>292</sup> Srov. Laan In Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale*“, s. 143

<sup>293</sup> Srov. tamtéž, s. 47

<sup>294</sup> Srov. tamtéž, s. 50

ospravedlňuje medikalizaci: „Pro člověka s takovou diagnózou se nedá dohromady nic udělat.“<sup>295</sup>

*Příklad: Klient s chronickou schizofrenií je opakovaně hospitalizován pro zhoršení potíží v důsledku užívání návykových látek. Po kompenzaci stavu je propuštěn domů, ale po nějaké době znovu přichází v intoxikovaném stavu.*

Pracovník je povinen poskytovat pomoc bez podmínek, ale tato povinnost se mu osobně příčí. Jedná se spíše o etický problém, který se týká pracovníka, klienta, společnosti, popř. rodiny nemocného. Konflikt plyne z rozdílného očekávání a cílů organizace a očekávání pracovníka poskytujícího pomoc.

Personál je povinen poskytnout pomoc za každé okolnosti, zvláště tehdy, pokud klient o pomoc žádá. Zároveň musí přihlížet k sebedestruktivnímu způsobu života klienta. Každý člověk, svými úkony směřuje k dosažení dobra a cíle, ať už je cíl zdánlivý nebo skutečný.<sup>296</sup> V tom se všichni lidé shodují, že chtějí být dokonale šťastní. Rozdíl však spočívá v tom, v čem kdo hledá své uklidnění a blaženost. Klient hledá v částečném uspokojení ten nejlepší životní cíl.<sup>297</sup> Smyslovou rozkoš považuje jako nejvyšší hodnotu hédonismus. Nacházení blaženosti ve smyslové rozkoši není snadné. Často jsou tyto tendence protichůdné a z dlouhodobého hlediska mají destruktivní účinky. Na první pohled se zdá, že člověk rychle nachází svobodu a naplnění, ale požitku nikdy není dost a člověk trpí nouzí, prožívá nenasycenost a nenaplnění.

Podle Kanta je člověk svobodný ve svém jednání, protože má svobodnou vůli, tedy může jednat navzdory smyslovým sklonům.<sup>298</sup> Ta určuje sebe sama, jak bude jednat. „Nikdo nemůže chtít, aby mu cíle byly vnucovány.“<sup>299</sup> Pak ani pracovník, nemůže cíle vnucovat svému klientovi. Pracovník může svobodu rozhodování omezovat nebo podporovat. Může předkládat možné důsledky jednání a motivovat ke změně. Aristoteles rozlišuje člověka nevázaného a nezdrženlivého. Ten první setrvává ve svém stavu a není nad ním pohnut lítostí, proto je nevléčitelný. Nezdrženlivý člověk je považován za vyléčitelného, protože je možné ho přesvědčit o něčem jiném a proto je nazýván jako rozumný.<sup>300</sup>

Pracovník by měl usilovat o změnu myšlení klienta, přehodnocení svých i klientových cílů, k nimž se upínají a zvažovat vhodnost zvolených cest. Tyto kroky posilují naději klienta i pracovníka. Habáň naději definuje jako: „Snaha po „nesnadném“ dobru, které je dosažitelné.“ Naděje je duševní síla, která člověka podporuje.<sup>301</sup> Úkolem pracovníka je: „posilovat cílesměrné (k určitému cíli zaměřené) myšlení.“<sup>302</sup>

Komplexní cíle se tedy zjednodušují. Pracovník nemá klienta soudit nebo mu určovat způsob života. Ke klientovi, který užívá návykovou látku, je třeba vždy přistupovat jako k rozumnému a nabízet alternativní řešení. Léčba je často prováděna

---

<sup>295</sup> Laan In Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale*“, s. 52

<sup>296</sup> Srov. Habáň, M. *Přirozená ethika*, s. 26

<sup>297</sup> Srov. tamtéž, s. 33

<sup>298</sup> Srov. Kant, I. *Základ metafyziky mravů*, s. 101

<sup>299</sup> Ricken, F. *Obecná etika*, s. 70

<sup>300</sup> Srov. Aristotelés, *Etika Nikomachova*, s. 168

<sup>301</sup> Srov. Habáň, M. *Přirozená ethika*, s. 132

<sup>302</sup> Křivohlavý, J. *Pozitivní psychologie*, s. 36

opakovanými selháními. Pracovník se stává tím, kdo může ukázat klientovi jiné smysluplné hodnoty, které návykovou látku nahradí.<sup>303</sup>

Výše zmíněná etická dilemata představují pro pracovníka obtížnou volbu mezi dvěma možnostmi, která bývá pocíťována jako nežádoucí. Řešení dilematu nabízí různá řešení. Netýkají se jen pracovníka samého, ale také klientů, organizace i společnosti. Pracovník se potřebuje sladit se způsobem organizace, aby s ní mohl spolupracovat. Potřebuje vidět výsledky své práce, aby našel uspokojení a smysluplnost. Potřebuje zjednodušovat svoji práci, aby jí nebyl zahlcen. Ne vždy však volí nejlepší cestu pro klienta. Někdy ani není ochoten se s motivy svého jednání setkat. V následující části se budu zabývat tím, jakou cestou může pracovník ke správnému jednání dospět.

## 5.8 Jak může pracovník dospět k správnému jednání?

Z výše uvedených dilemat je patrné, že pracovník se setkává ve své každodenní praxi s obtížnými situacemi, které mají etický rozměr. Klade si otázku: „Jak mám jednat v dané situaci?“ Pokud si není vědom nástrojů, které mohou rozhodování ulehčit, podřizuje se zvyklostem organizace nebo své postoje racionalizuje. Může se správnému rozhodování nějak naučit? K odpovědi se budu inspirovat Aristotelem a Platónem.

Ke správnému jednání dozrává člověk postupným vývojem i vlivem osobních zkušeností. Podmínkou mravního rozhodování je především autonomie pracovníka, což znamená nezávislost na vnějším tlaku nebo vědomé přijetí tohoto vlivu. „Rozhoduji se sám a vím, proč se rozhoduji právě takto a ne jinak, znám a dokážu sdělit (a možná i obhájit) důvody, které mne v této situaci vedly právě k tomuto rozhodnutí, které považuji za dobré nebo nejméně zlé.“<sup>304</sup> Normativní rozhodování tedy předpokládá určitou zralost pracovníka, který je schopen posoudit situaci a její souvislosti a uskutečnit změnu, která má mravní důsledky. Proto je důležité vzdělávání a výchova osobnosti pracovníka, která může dosahovat pozitivních kvalit.

Tématem osobnostních kvalit se zabývá Aristoteles ve svém učení o ctnostech. „Ctnost (areté) je jakási kvalita osobnosti, která umožňuje snadné a téměř spontánní eticky hodnotné jednání.“<sup>305</sup> Je to jednání chtěné, které se postupně stává pro člověka zvykem. Není to však vrozená dispozice, ale kvalita osobnosti, která se získává cvičením. Pokud ji člověk stále opakuje, umožňuje nejen jistotu ve správném jednání, ale také dobrý pocit z vykonané práce.<sup>306</sup>

Pro Aristotela je na rozdíl od Kanta důležité, aby jednání bylo provázeno příjemnými emocemi a činěno s radostí. Ctnostný pracovník se tedy nemusí přemáhat, chce-li jednat správným způsobem. Dokonce lze říci, že samo jednání je zdrojem potěšení a radosti.<sup>307</sup> Jestliže posuzujeme jednání, díváme se na to, kvůli čemu tak jednáme. Aristoteles odlišuje: jednání ve smyslu dosahování cílového stavu, které označuje jako „pohyby“, od jednání, které označuje jako „činnosti“ a které má účel sám v sobě.<sup>308</sup>

---

<sup>303</sup> Srov. Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 102

<sup>304</sup> Wernischová, H. *Morální vývoj jedince ve vztahu k etickému východisku*. In Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro sociální práci*, s. 29

<sup>305</sup> Machula, T. *Základní etické teorie*. In tamtéž, s. 55

<sup>306</sup> Srov. Aristotelés, *Etika Nikomachova*, s. 46

<sup>307</sup> Srov. Fischer, O. *Úvod do filozofie pro pomáhající profese*, s. 69

<sup>308</sup> Srov. MacIntyre, A. *Ztráta ctnosti*, s. 198



Ctnost je stálou vlastností nebo stavem, díky kterému se člověk stává dobrým a učiní dobrým i svůj výkon.<sup>309</sup> Soubor ctností pak nazývá Aristoteles charakterem. Díky nabytým ctnostem může pracovník předvídat následky svého jednání i hodnotit sám sebe. Trvalým opakováním se pak stává činnost zběhlejší, pohotovější, radostnější a doslova zakoření v člověku.<sup>310</sup>

Podobně nahlíží na nutnost vzdělávání a výchovy také Platón. Podle jeho stanoviska pokud člověk ví, co je dobro, nebude jednat nemorálně. Zlo je tedy u Platóna nedostatkem poznání. Pokud se tedy bude pracovník vzdělávat, bude schopen rozpoznávat podstatu dobra. Ne všichni jsou schopni sami nabýt poznání, a proto mají být druhými vedeni.<sup>311</sup>

Celoživotní formu učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností, nazýváme supervizí. Je to vlastně profesionální pozorování a reflexe vlastní praxe, přinášena druhému člověku – supervizorovi. Druhým důležitým nástrojem ke správnému jednání pracovníka jsou sebezkušenostní výcviky a výcviky specifických dovedností. Slouží především k porozumění sama sobě. Pomáhající si během nich uvědomí svá citlivá místa a najde pro ně pojmenování. Tím zmenší jejich vliv na práci s klientem. Tolerance ke svým pozitivním i negativním stránkám osobnosti se příznivě objeví i na poskytované službě.<sup>312</sup>

---

<sup>309</sup> Srov. Aristotelés, *Etika Nikomachova*, s. 52

<sup>310</sup> Srov. Habáň, M. *Přirozená ethika*, s. 138

<sup>311</sup> Srov. Popkin, R. Stroll, A. *Filozofie pro každého*, s. 18

<sup>312</sup> Srov. Kopriva, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 132

## 6 Praktická část

### 6.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části je stanovení hypotéz v oblasti sociálních a etických souvislostí přístupu ke klientům se schizofrenií. Vzhledem k tomu, že je tato oblast široká, stanovila jsme dílčí cíle zjistit odpovědi na tyto otázky.

- Jak je klient spokojený s poskytovanou péčí během hospitalizace?
- Jaký problém vnímá klient jako hlavní v souvislosti se schizofrenií?
- Je klient motivovaný ke změně a využití navazující služby?

### 6.2 Metodika

Ke zkoumání cílů jsem použila kvalitativní metodologii, která si klade za cíl hlubší porozumění pro konkrétní jev. Disman uvádí, že „cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz, nového porozumění, vytváření teorie.“<sup>313</sup> Jednodušeji řečeno: „Posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích.“<sup>314</sup> Na počátku výzkumu stojí pozorování a sběr dat, na jejichž základě hledá výzkumník určité souvislosti, které se v nich vyskytují. Dále pak se formulují nové hypotézy.

#### 6.2.1 Výzkumné metody

V rámci kvalitativního výzkumu jsem použila techniku polostandardizovaného rozhovoru. Tento typ rozhovoru „byl vyvinut pro zjišťování subjektivních teorií“<sup>315</sup>. Rozhovor umožňuje získávání informací v přímé interakci s respondentem. Průběh rozhovoru se vytváří podle tematických oblastí a využívají se především otevřené otázky. Tento typ rozhovoru podává cenné informace o vnitřních subjektivních pohledech dotazovaného. Jeho výhodou je mimo jiné získávání také údajů, na které se přímo neptáme a zároveň dáváme najevo zájem o dotazovaného.<sup>316</sup>

K rozhovoru jsem zvolila otázky vztahující se k názorům jedince (jaký je jeho názor?), otázky vztahující se k vnímání (co dotazovaný slyšel, viděl) a dále otázky vztahující se k pocitům (ke zkušenostem a prožitkům).<sup>317</sup>

Rozhovor byl zahájen otázkou na přítomnost, která umožňuje dotazovanému hovořit popisně. Toto řazení otázek doporučuje Hendl proto, aby byla vytvořena důvěrná atmosféra mezi dotazovaným a tazatelem. V další fázi rozhovoru jsem použila otázku vztahující se k přítomnosti i minulosti, ve které se již projevují názory a pocity dotazovaného. Nakonec byla použita otázka směřující do blízké budoucnosti. Otázka

---

<sup>313</sup> Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, s. 286

<sup>314</sup> Tamtéž, s. 289

<sup>315</sup> Hendl, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*, s. 90

<sup>316</sup> Srov. tamtéž, s. 91

<sup>317</sup> Srov. tamtéž, s. 83

musí být kladena otevřeně a co možná neutrálně, aby byl otázkou dotazovaný minimálně ovlivněn.<sup>318</sup>

Odpovědností tazatele je klást otázky jasně a srozumitelně, a pokud jim dotazovaný nerozumí, tazatel otázku citlivě objasňuje. Vinu za neporozumění klade na sebe, nikoli na dotazovaného. Tazatele průběžně k odpovědím motivuje např. „To je velice zajímavé, vaše odpovědi mi pomáhají pochopit tuto problematiku...“

Obsah rozhovoru tvořil okruh tří témat, na základě kterých jsem pokládala 3 otevřené otázky:<sup>319</sup>

1. Jak jste spokojený s právě probíhající hospitalizací? (otázka zaměřená na přítomnost)
2. V čem vnímáte hlavní problém v souvislosti s vaším onemocněním? (otázka směřující do minulosti)
3. Napadá vás, jak ho vylepšit? Máte zájem po ukončení hospitalizace o psychoterapii individuální, rodinnou nebo jinou navazující službu? (otázka směřující do budoucnosti).

## 6.2.2 Charakteristika cílové skupiny

Výběr respondentů byl záměrný: klienti mužského pohlaví, ve věku střední dospělosti, kteří trpí onemocněním schizofrenií v její chronické fázi. Za účelem výzkumu bylo osloveno 16 mužů, z toho souhlas podalo 13 z nich.

Období střední dospělosti je považováno za významný vývojový mezník, během něhož dochází k bilancování minulosti, zejména v oblasti profesní, partnerské, rodinné a zdravotní. Jedinec si uvědomuje svoji zranitelnost a omezení. V popředí může být vědomí ztráty některých možností. Takoveto vývojové období se zvláště nabízí k osobnostnímu rozvoji a hledání smyslu života nebo naopak k rezignaci na jakoukoliv změnu.<sup>320</sup>

## 6.2.3 Charakteristika prostředí

Sběr dat byl prováděn na psychiatrickém oddělení pro muže. Jedná se o tzv. „uzavřené“ oddělení, jehož cílem je diagnostika duševních onemocnění, jejich léčba a ochrana nemocného před poškozením sebe nebo ostatních. Lůžková péče je žádoucí v akutním stadiu onemocnění nebo při náhlém zhoršení chronického onemocnění. Nemocní jsou hospitalizováni se souhlasem na vlastní žádost nebo bez jeho souhlasu. Součástí léčby jsou režimová opatření, s kterými je nemocný seznámen v den přijetí. Nemocný se podřizuje dennímu řádu podle individuálního stavu, ke kterému se vyjadřuje ošetřující lékař. Denní režim zahrnuje ranní komunitu, rozhovor s lékařem, podávání léků a komplexní psychiatrickou rehabilitaci – podpůrnou a skupinovou psychoterapii, ergoterapii, arteterapii a další. Pozornost je také věnována problematice sociálního fungování, kterou zajišťuje sociální pracovník.<sup>321</sup>

---

<sup>318</sup> Srov. Hendl, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*, s. 84

<sup>319</sup> Srov. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, s. 289

<sup>320</sup> Srov. Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*, s. 376

<sup>321</sup> Srov. Marková, E. Venglářová, a kol. M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 72

## 6.2.4 Realizace výzkumu

K získání potřebných informací jsem použila nejprve analýzu zdravotnické dokumentace, která sloužila jako opěrný bod pro výběr respondentů. Dále byly prováděny polostandardizované rozhovory na psychiatrickém oddělení pro muže. Protože se jednalo o osobní sdělení klienta, bylo nutné vytvořit ničím nerušené prostředí a předem jej naplánovat. Rozhovory trvaly 30 – 45 minut v závislosti na potřebě respondenta. Každý rozhovor byl uveden představením se tazatele, seznámením s účelem a způsobem výzkumu. Ten byl časově ohraničen a zahájen souhlasem o vzájemné spolupráci. Během rozhovoru byly pořizovány podrobné písemné poznámky se souhlasem dotazovaného.

## 6.3 Výsledky

### 6.3.1 Zpracování dat

Získaná data z rozhovorů byla fixována převodem do textové podoby, tzv. komentovanou transkripcí a doplněná doslovnou transkripcí z mluveného projevu dotazovaných. Některé informace byly vypuštěny, protože se opakovaly nebo se ve větší míře míjely strukturu rozhovoru. Během rozhovoru jsem informace zevšeobecňovala, abych usnadnila pořizování poznámek. Dále byla data tříděna tzv. kódováním. Data byla převáděna do skupin podle významů a následně pojmenována. Pro větší přehlednost byly pořizovány tabulky četností.<sup>322</sup>

### 6.3.2 Analýza a interpretace získaných dat

Údaje získané z rozhovorů jsem z hlediska obsahu rozčlenila do tří hlavních částí. První se týkala spokojenosti klientů s hospitalizací, druhá hlavního problému klienta a třetí směřovala k navazující péči. V následující části provedu rozbor jednotlivých otázek a odpovědí. Pro větší přehlednost znázorním výsledky pomocí tabulek.

#### Spokojenost s hospitalizací

Otázka č. 1: „Jak jste spokojený s probíhající hospitalizací?“. K upřesnění jsem kladla podotázky: „Uvítali byste více aktivit, programů na oddělení nebo rozhovorů o vašich potížích? Které programy by to mohly být?“

Při vyhodnocení výsledků bylo zjištěno, že respondenti shodně vypovídají o spokojenosti s průběhem hospitalizace. 10 respondentů by nic neměnilo, další respondent poukazuje na zhoršené hygienické podmínky a podfinancování psychiatrické péče, další 2 by uvítali více aktivit. Jeden respondent by rád více hovořil o svých potížích.

Spokojenost klientů s hospitalizací závisí na mnoha faktorech. V případě chronického onemocnění, kdy je hospitalizace opakovaná, nemocný přichází do známého prostředí. Svět „venku“ představuje zátěž buďto ve smyslu plnění povinností nebo sociální izolace. Zároveň svět bludů a halucinací mívá „venku“ větší intenzitu. Hospitalizace se pro mnohé stává bezpečným útočištěm před vnějším světem. Dalším

---

<sup>322</sup> Srov. Hendl, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*, s. 193

pozitivním faktorem pobytu může být sounáležitost s ostatními. Nemocný již se svými potížemi není sám, druzí mají podobné problémy a lépe mu rozumí, než lidé „venku“.

Z 13 oslovených respondentů udávali všichni shodně, že jsou s hospitalizací spokojeni. 8 respondentů by nic neměnilo – „Hospitalizace mi vyhovuje, nic bych neměnil.“

Čtyři respondenti označili pobyt na oddělení pozitivně. (C), (D), (K), (L): „Hospitalizace je dobrá v tom, že jsem v ochraně, v uzavřeném společenství. Pak je ale těžký příchod domů – jsem tam sám a o vše se musím postarat. Nemám co dělat, to je šílené!“ Jeden nemocný vyslovil: „Během hospitalizace mi nic nechybělo, lidi mě tady chápou.“ (K): „Tady se cítím bezpečně, jsem pod dohledem lékařů a jsem „mezi svými““.

Pouze čtyři respondenti poukázali na některé nedostatky. Jeden z dotázaných zmínil zjevné podfinancování psychiatrického oddělení ve vybavení a horší hygienické podmínky. (B): „Je vidět, že nemocnice nemá peníze.“

Další respondent podotkl, že se během hospitalizace nudí a musí se zabavit četbou časopisu. (K) by uvítal více aktivit. Pouze jeden respondent poukázal na to, že by si rád více povídal o své nemoci.

Následující tabulka 1 přehledně ukazuje výpovědi respondentů, které komentují pobyt na psychiatrickém oddělení. Tabulka č. 2 člení odpovědi podle typů odpovědí na spokojenost bez výhrad a spokojenost s výhradou.

Tabulka č. 1- Spokojenost s hospitalizací – výpovědi klientů

<i>Klient</i>	<i>Odpověď</i>
A	Spokojený „Nic bych neměnil“
B	Spokojený „Patrné je podfinancování a zhoršení hygieny“
C	Spokojený „Lidé mě tady chápou“
D	Spokojený „Jsem tady v ochraně“
E	Spokojený „Nechal bych to, jak to je“
F	Spokojený „Více bych si povídal o své nemoci“
G	Spokojený „Povídání je zbytečné, problémy to nevyřeší“
H	Spokojený „Nudím se“
CH	Spokojený „Nechal bych to, jak to je“
I	Spokojený „Nic bych neměnil“
J	Spokojený „Nic bych neměnil“
K	Spokojený „Cítím se bezpečně“
L	Spokojený „Nic mi nechybí“

Tabulka č. 2 – Spokojenost s hospitalizací - hodnocení

<i>Hodnocení klienta</i>	<i>Počet odpovědí</i>	<i>Odpověď</i>
Spokojený bez výhrad	9	
Spokojený s výhradou	2	Nuda, málo aktivit
	1	Špatná hygiena, financování
	1	Málo rozhovorů

## Hlavní problém

Otázka č. 3: „V čem vnímáte hlavní problém v souvislosti s vaším onemocněním?“, slouží k hlubšímu porozumění jevu. Otázky byly otevřené pro definování jakéhokoliv problému, který nemocného tíží. Odpovědi byly velmi pestré. Nejčastější problém duševně nemocných se vyskytuje v oblasti pracovního uplatnění a mezilidských vztahů.

5 klientů má problém najít si práci, a jestliže ji má, je obtížné v ní delší dobu setrvat. Další problém se týká samoty nemocných a potřeby navázat vztah k druhému pohlaví. 4 respondenti vyprávěli o rozpadlém vztahu a o pocitu osamocení. Jeden respondent uvedl, že nahrazuje kontakt s lidmi užíváním alkoholu. Dále se objevil jako hlavní problém bydlení a to ve dvou případech. Jeden respondent právě bydlení hledal a hospitalizace se zdála být účelovým řešením, druhý bydlel se svoji matkou a bydlení hledali. V souvislosti s bludy a halucinacemi si jeden respondent stěžoval na zhoršenou sebeobsluhu, která je hlavním problémem a zhoršuje jeho kvalitu života. Dále byla zmíněná zvýšená pozornost členů rodiny a zároveň i přehnaná péče a přebírání pozornosti. Nemocný, jemuž byla omezená právní způsobilost, si stěžoval na špatnou finanční situaci. Odpověď jednoho respondenta byla do jisté míry zkreslená výrazným negativismem – za hlavní problém považoval ztrátu osobních věcí.

Poslední respondent, přestože byl opakovaně hospitalizován pro intoxikaci drogou, neudával žádný problém a byl spokojený se všemi oblastmi života. Přestože respondenti nedávali do souvislosti výše zmíněné problémy se svým onemocněním, z výše získaných výsledků vyplývá nespokojenost s některou oblastí v životě, nejčastěji v pracovním uplatnění.

5 respondentů uvedlo jako největší problém najít si zaměstnání a s ním spojenou zhoršenou schopnost setrvat v pracovním procesu. (A) „*Nemohu najít práci, všude je plno. Jinak bych nic neměnil, je mi 58 let, rodinu mít nemůžu, ale chtěl bych mít práci. Podporované zaměstnání bych nechtěl, nemám rád, když je pohromadě moc lidí. Učil jsem se na kuchaře, jen 2 roky, ale školu jsem nedodělal, nevím proč.*“

(C) „*Jednou jsem měl práci, ale nevydržel jsem v ní dlouho kvůli dopravě, nestihl jsem autobus...Nyní plánuji pracovat ve firmě mojí matky jako závozník.*“

(D) „*Největší problém je zakořenit v práci. Na začátku dělám vše rychle, ale když si zvyknu, pak se mi tam nechce nebo je mi špatně a když nepřijdu několik dní, vyhodí mě.*“

1 respondent si stěžoval na zvýšenou pozornost blízkých, která je zatěžující. Po dvou atakách onemocnění je blízkými pozorován a hlídán: (B) „*Mají stále v hlavě moji nemoc. Dávají na mě pozor, jsem jakoby pod dozorem, je to nepříjemné. Když se o něčem rozhoduji, ptají se, zda to myslím vážně. Ostatní se na mě nedívají skrz prsty, ale bojí se o mne. Při jedné hádce mi partnerka řekla, že jsem nemocný člověk, to se mě dotklo...*“ Nemocný si stěžoval na přebírání zodpovědnosti a rozhodování: „*Když jsem se svěřil partnerce, že nemám plnou důvěru v ambulantního psychiatra, našla mi nového, aniž by se se mnou o tom poradila, myslí to dobře...*“

S problematikou zvýšené péče jsem se zabývala v kapitole 4.1 a nazývala jsme ji „hyperprotektivní péče“. Od vypuknutí schizofrenie bývá rodina úzkostně zaměřena na nemocného. Častá bývá nadměrná péče ve smyslu přebírání povinností provázená zvýšeným dohledem. Rodina nemocného pozoruje, zda se neobjeví nové příznaky nemoci nebo se ve zvýšené míře snaží navázat rozhovor. Tento „dozor“ je dotyčnému nepříjemný, vyvolává pocity nekompetence a utvrzuje ho v roli „nemocného“. Pokud se z ní chce osvobodit, musí rodinu nejrůznějšími způsoby přesvědčovat o opaku. Dochází

tak ke konfliktním situacím, v kterých se snadno blízké okolí odkazuje na přítomnost nemoci. „Partnerka mě jednou při hádce řekla, že jsem nemocný člověk, to se mě dotklo.“ V případě klienta (B) se přidává zahanbení z typu onemocnění: „Byl bych nejraději, kdyby to, co se stalo, vůbec nebylo a kdyby se tak chovali i ostatní lidé...oni si neumí představit, že tak málo stačí k tomu, aby se sem dostal každý člověk.“

3 respondenti uváděli jako hlavní problém samotou a dávali ji do souvislosti s absencí partnerského vztahu. (E) „Největší těžkosti jsou s ženskýma, na každé mi něco vadí. V minulosti jsem byl dva roky ženatý, ale pak jsme se rozvedli, od té doby jsem takový...Tuhle jsem byl s přítelkyní v restauraci, pozval jsem ji na kávu, ale ona si objednala pizzu a pak ještě řekla, že vezme půlku své mámě, to mě hrozně rozčílilo. V práci jsou vztahy dobré, i když mi říkají, že jsem škodolibý. Když mi bylo blbě, měl jsem pocit, že si o mně povídají. Také nemám rád změnu, jen pravidla, to je jistota. Když mi v práci dali dělat něco jiného, vybuchl jsem.“

(D): „Samota je nejhorší, potřeboval bych ženu, aby mě pohladila, jsem vyprahlý. Měl jsem vztah 8 let, ale ona nakonec odešla, pořád jsem plakal...šel jsem do drog. Teď chodím do hospody, dám si dvě piva, ono mě to stahuje, abych byl s lidma...“

(K): „Byl bych rád, kdyby nemoc nebyla, to bych nežil sám. Stydím se za zadržávání v řeči a za svůj chrup.“

(L): „Kvůli nemoci se hůř navazují vztahy. Je to osobní... Pokud se s někým seznámím nebo se někomu líbím, ten druhý by měl vědět, že jsem nemocný, sám to na mě nepozná. Kdy to mám říct? Nevím, jak to vezme... Měl jsem jeden vztah a partnerce to nevadilo, potom ale ze vztahu odešla.“

Z rozhovoru s dotazovaným (D) je patrné užívání alkoholu. Klient užívá alkoholu jako prostředku k překonání pocitu osamocení. S tímto tématem jsme se zabývali v kapitole 4.6. Alkohol vytváří nečekané reakce v kombinaci s psychofarmaky a může znovu vyvolat projevy onemocnění, které již byly zaléčeny.

Další problém, který dominoval u nemocného, byla narušená sebeobsluha v důsledku bludů a halucinací. (F): „Nejhorší problém je oblékání. Během něho slyším hlasy, které mi říkají: „smrt matky, smrt manželky“ nebo také, že nám někdo vykrade chalupu. Oblékání někdy trvá i dvě hodiny. Tady se oblíknu rychleji (na oddělení), protože je na záchodě málo místa...Potom si jdu koupit nějaké jídlo, ale těmi hlasy je už jakoby poškozené nebo nečisté...Nemám dost sil, abych se tomu hlasu postavil. Bojím se, že by se pak stalo to, co říká.“

Nemocný, který je zbaven svéprávnosti, uváděl jako hlavní problém finance. (CH): „Opatrovnice mi dává 800 Kč týdně, s tím nevystačím, vše je drahé, potřeboval bych si koupit spoustu věcí...Chtěl bych pracovat, dřív jsem dělal brigády, ale teď dávají přednost mladým lidem...“

(G) respondent uvedl, že povídání je zbytečné a žádné problémy mu nevyřeší: „Nejhorší problém je v tom, že jsem ztratil některé věci – fotky ze Sametové revoluce, o Havlovi nebo diplom za lakýrnické práce. Ty mi už nikdo nevrátí!“

Ne každý nemocný se potýká s existenčními problémy. (I) klient je finančně zaopatřený, pobírá invalidní důchod, shání si brigády a bydlí se strýcem na ubytovně. Je spokojený a žádný problém neudává: „Mám vždycky nějakou brigádu, inzeráty sháním v novinách nebo na Městském úřadě, práce je všude dost!“

Následující tabulka uvádí hlavní problémy klientů podle četností.

Tabulka č. 3 – Hlavní problém spojený s onemocněním

<i>Problém</i>	<i>Počet klientů</i>
Práce	5
Samota	3
Vztah s druhým pohlavím	3
Bydlení	2
Sebepéče a sebeobsluha	1
Zvýšená péče blízkých	1
Finance	1
Ztráta věcí	1
Nemá problém	1

### Navazující péče

Otázka č. 3 zjišťuje motivaci klienta ke změně a zároveň nabízí navazující službu. „Napadá vás, jak problém vylepšit? Jakou pomoc byste uvítal? Máte zájem po ukončení hospitalizace o psychoterapii individuální, rodinnou nebo jinou navazující službu?“

Všem dotázaným byla nabídnuta navazující služba v podobě individuální, rodinné psychoterapie nebo jiné navazující služby. Pojem „psychoterapie“ bylo nutno většině dotazovaných vysvětlit, protože se s ním dosud nesetkali. Zájemci o službu byl poskytnut kontakt s ohledem na hlavní problém dotazovaného (např. denní stacionář, podporované zaměstnávání, vzdělávání).

Nabídku přijali pouze dva respondenti ve formě individuální psychoterapie. Rodinná psychoterapie byla odmítnuta 10 dotázanými. Nejčastěji je nemocnými využívána pravidelná návštěva ambulantního psychiatra, ke kterému mají důvěru. 2 respondenti jsou k psychoterapii skeptičtí, nevidí v ní žádný smysl. Jeden má dřívější zkušenost a nevidí v ní žádný přínos. Druhý uvádí, že problémy nevyřeší nějaké „povídání“.

Z výsledků bylo zjištěno, že všichni dotazovaní mají svého ambulantního psychiatra, kterému důvěřují a jsou zvyklí sdělovat aktuální problémy. Překvapivé bylo zjištění, že pojem psychoterapie nebyl dotazovanými dosud znám až na jednu výjimku. Pouze dva dotazovaní měli zájem o systematickou spolupráci formou individuální psychoterapie. Nikdo z nich nevyužil nabídku rodinné psychoterapie, ať již to bylo z důvodu samostatného bydlení bez rodiny, nebo již uklidněných rodinných vztahů. Tato okolnost je pravděpodobně také dána věkem dotazovaných, kteří již nebydleli ve společné domácnosti se svojí původní rodinou. Jednomu dotazovanému byla nabídnuta podpora ve vzdělávání v programu „Student“. Respondentům, kteří uváděli za hlavní problém zaměstnání, byli informováni o podporovaném zaměstnávání poskytovaným různými neziskovými organizacemi. (Z výše uvedených výsledků vyplývá, že nemocní nejsou dostatečně informováni o léčbě psychoterapeutickými prostředky, využívají pouze návštěv ambulantního psychiatra a ve většině případů nemají zájem o její rozšíření.)

(A) respondent nechce žádnou navazující péči: „*Nic bych neměnil, na psychoterapii jsem dříve chodil, ale nepomáhalo to. „Podporované zaměstnávání nechci, nemám rád více lidí pohromadě.“*



(C) respondent má psychiatra, kterému důvěřuje. „Rodinnou terapii bych nechtěl. V rodině byly hádky, nechtěl jsem dělat, co mi řekli, jíst společné jídlo, jen to, které jsem si sám vzal, ale už je to dobré. O všem můžu mluvit se svým psychiatrem.“

(H) klient nepotřebuje žádnou navazující péči. „Mám svého psychiatra, s ním můžu všechno probrat. Bydlím s mámou, rozumíme si, je nám spolu dobře.“

(B) respondent zatím neví: „Přemýšlel jsem o psychoterapii, ale nevím, zda je vůbec možné mluvit o tom, co mám v hlavě. Rodinnou bych nechtěl, museli bychom si s partnerkou nejprve vše vyříkat. Není ke mně upřímná a bojím se, že by některé věci vybuchly...“

(D) respondent by uvítal individuální psychoterapii, potřeboval by si popovídat. Rodinnou ne, protože bydlí sám. (E) respondent také důvěřuje svému psychiatrovi, ale individuální péči by uvítal. Dříve chodil na psychoterapii, když se léčil ze závislosti na alkoholu a z patologického hráčství. Rodinnou terapii by nechtěl, bydlí sám.

(F) nepotřebuje navazující péči, protože chodí do ambulantní ordinace i na individuální psychoterapii: „Nevím, jestli to pomáhá.“

(G) nepovažuje psychoterapii za důležitou: „Ztracené věci mi nikdo nevrátí.“

(J) respondent zatím neví, zda by využil psychoterapii, dochází do Denního sanatoria Ondřejov: „Chodím tam na různé programy, třeba na paměť. Nějaká poradkyně mi pomáhá hledat pracovní místo, vždycky mě někam pošle, ale nic se nedaří.“

(I) klient nepotřebuje žádnou službu, protože se nepotýká s žádným problémem.

(L): „Psychoterapii nepotřebuji, nemám potřebu, snažím se starat o sebe a být vyrovnaný, k tomu mi pomáhá moje náboženství, jóga a kontakt s přírodou.“

(K): „Rodinnou psychoterapii nepotřebuji, bydlím sám jen se psem. Zkusím ten denní stacionář.“

Následující tabulky shrnují předchozí odpovědi do dvou tabulek.

Tabulka č. 4 – Motivace k navazující péči

Klient	Ambulantní psychiatr	Individuální psychoterapie	Rodinná psychoterapie	Podporované zaměstnávání	jiné
A	ano	ne	ne, žije sám	ne	ne
B	ano	neví	ne	ne	ne
C	ano	ne	ne	ne	ne
D	ano	ano	ne, žije sám	ano	ne
E	ano	ano	ne, žije sám	ne	ne
F	ano	již dochází	ne	ne	ne
G	ano	ne	ne, žije sám	ne	ne
H	ano	ne	ne	ne	ne
CH	ano	ne	ne, žije sám	neví	ne
I	ano	ne	ne	ne	ano
J	ano	neví	ne, žije sám	ano	ne
K	ano	ne	ne, žije sám	ne	denní stacionář
L	ano	ne	ne	ne	ne

Tabulka č. 5 – Motivace k psychoterapii

<i>Vyjádření klienta</i>	<i>četnost</i>
Nechce, dostačuje ambulantní psychiatr	8
Rodinnou psychoterapii nechce, protože bydlí sám	7
Rodinnou psychoterapii nechce, vztahy se již uklidnily	1
Ano, uvítal by individuální psychoterapii	2
Ano, již dochází na individuální psychoterapii	1
Neví	2

### 6.3.3 Diskuze

Cílem této práce bylo hledat sociální a etické souvislosti přístupu ke klientům se schizofrenií. Kvalitativní metoda se ukázala jako vhodná pro její přiblížení.

Na základě moderních poznatků o psychiatrické péči jsem se domnívala, že klienti nejsou spokojeni s poskytovanou péčí. Můj názor vycházel z pozorování a porovnání psychiatrické léčby s moderními trendy v psychiatrii. Léčba ve zdravotnickém zařízení je orientována převážně farmakologicky, převažuje „na lékaře a nemoc orientovaný“ model, kterému říkáme „paternalistický“. Nemocný je vnímán především jako „pacient“, který je objektem péče a očekává se jeho podřízenost v léčbě. Medicínský přístup bere v potaz sociální problémy nemocného, není na ně však primárně zaměřen. Těžiště péče spočívá ve farmakologické léčbě. Personál je přítom v hierarchickém postavení vůči sobě navzájem i vůči nemocnému. Disponuje „mocí“, která je založena převážně na vědomostech.<sup>323</sup> Lékař ve vztahu vede a vyžaduje pacientovu poslušnost. Pobyt na psychiatrickém oddělení automaticky naplňuje materiálních potřeby nemocného. V důsledku toho se nemocný stává závislým na institucionalizované péči a ztrácí dovednosti v různých oblastech.

Hodnocení hospitalizace klientem se ukázalo jako odlišné, většina z nich shodně uváděla: „*Během hospitalizace mi nic nechybělo, lidi mě tady chápou.*“ nebo „*Tady se cítím bezpečně, jsem pod dohledem lékařů a jsem „mezi svými*“.

Faktorů, které ovlivňují hodnocení, může být mnoho.<sup>324</sup> Domnívám se, že mezi nejdůležitější patří následující faktory:

Hospitalizace „potvrzuje“ onemocnění a zcela jej legitimizuje. Klient získává pocit bezpečí a jistoty, že je v rukou odborníků a další výhody spojené s rolí nemocného, tzv. „sekundární zisky nemoci“. Patří k nim pozornost okolí, manipulace, osvobození od běžných povinností nebo momentální řešení sociální situace.<sup>325</sup> Tyto faktory bohužel přispívají k chronicitě každého onemocnění.<sup>326</sup>

Podstatný zisk z pobytu na psychiatrickém oddělení spatřuji v soudržnosti nemocných navzájem. Možnost navázat kontakt s lidmi, kteří jsou na „stejné lodi“ je velmi cenný. Pocit osamocení se rozplývá ve zjištění, že všichni nemocní se potýkají s podobnými problémy a rozumí mu na rozdíl od okolního světa. Nemocný dostává

<sup>323</sup> Srov. Foitová, Z. *Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši*. In Pěč, O. Probstová, V. *Psychózy*, s. 226

<sup>324</sup> Srov. Yalom, I. D. Leszcz, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 23

<sup>325</sup> Srov. Vymětal, J. *Lékařská psychologie*, s. 115

<sup>326</sup> Srov. tamtéž, s. 208

podporu a porozumění, kterou jinde nedostává. Také klient může vidět zlepšení ostatních nemocných, což samo o sobě přináší velkou naději na uzdravení. Sdílení zkušeností mezi nemocnými navzájem dává nemocnému znovu prožít užitečnost pro druhé, která je často nemocí opomenuta. „Lidé potřebují cítit, že je někdo potřebuje a že jsou užiteční.“<sup>327</sup> Zejména pro ty, kteří nemají dostatečně pevné rodinné zázemí, je hospitalizace řešením sociální situace.

V neposlední řadě si myslím, že spokojenost s léčbou je spojená s rolí nemocného v kontextu zdravotnické péče. Ve většině případů lidé očekávají a vyžadují vedení od odborníků. Je ve zvyku lékaři sdělovat své potíže, nikoliv dávat návrhy na řešení života. Tento aspekt je do značné míry ovlivněn typem onemocnění, kterým je schizofrenie, jejímž průvodním znakem je oslabení volných vlastností a pasivita jedince. Vymětal píše, že čím více se člověk cítí být nemocen, tím ochotněji se podřizuje lékařské péči a čím je hladovější v nasycení svých potřeb, tím horší kvalitu vnějšího objektu hledá. Tak lze vysvětlit motivaci k uspokojení jednodušších potřeb – žízeň, hlad, sexualitu, jistotu a bezpečí, potřebu mezilidského vztahu, což vychází z homeostatického a hédonistického pojetí člověka.

Ve druhé části jsem se zabývala důsledky schizofrenie v sociální oblasti. Problémy nemocných jsou různorodé a vzájemně se prolínají. Také v této části vidím řadu proměnných. Největší vliv hraje podle mého názoru délka onemocnění a osobnost nemocného před vypuknutím nemoci. Klient, který prodělal pouze dvě epizody onemocnění, není v takové míře omezen v sociálním fungování jako klient, který je nemocný mnoho let. Za prvé nejde o tak hluboké postižení v kognitivní a emoční oblasti a za druhé, klient spíše podřizuje své potíže nárokům života, místo aby se podřizoval schizofrenii samé.

Nejčastěji jsem zaznamenala problémy spojené s pracovním zařazením: „*Největší problém je zakořenit v práci. Na začátku dělám vše rychle, ale když si zvyknu, pak se mi tam nechce nebo je mi špatně a když nepřijdu několik dní, vyhodí mě.*“

Část klientů neusiluje o práci a spokojí se se státními dávkami. Pro jiné je možnost pracovat šancí ke zvýšení životní úrovně a smysluplnosti života. Vzhledem ke své nemoci zažívají daleko častěji neúspěch v hledání zaměstnání, což jedince opět uzavírá do nemoci. Opakované odmítnutí může být důvodem pro to, aby nemocný zaměstnání přestal hledat a přijal stanovisko, že na trhu nejsou volná pracovní místa. Ať už je důvod jakýkoliv, v mnohých případech se nezdaří pracovní uplatnění nemocného ani s podporou odborníků.

Druhým nejčastějším problémem klientů se schizofrenií je osamělost a absence partnerského vztahu. Samota nemocného je ústředním problémem většiny nemocných. Přestože je jejich prožívání a myšlení plné paradoxů, neustále hledají intenzivní vztahy s druhými lidmi, které budou plné porozumění. Podrobnější mapování vztahů a jejich absence by bylo také přínosné pro další zkoumání.

Výsledek šetření v otázce spokojenosti klientů s hospitalizací je potěšující. Psychiatrická péče prošla velkými změnami nejen v léčbě, ale také v přístupu k nemocnému. V současné době se klade důraz na dodržování lidských práv a zachování důstojnosti člověka. Měli bychom mít však větší ambice, než naplnění základních potřeb klienta. Svými otázkami jsem chtěla zaměřit pozornost na hlavní problémy spojené se schizofrenií a dát klientovi naději na zlepšení kvality života. Vedle

---

<sup>327</sup> Srov. Yalom, I. D. Leszcz, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 33

nižšího stupně lidského chování, je vědomí „bytostného určení člověka“, které znamená zájem o způsob vedení vlastního života, jeho smysluplnosti, překračování sebe sama a touhu po poznání.<sup>328</sup>

Farmakologická léčba je v kontextu nemocničního prostředí samozřejmostí jak pro personál, tak i pro klienta. Nemocný přichází do nemocnice s nadějí, že nastane úleva od jeho potíží a důvěřuje medikamentům. Jinak je tomu v případě psychosociálních navazujících služeb.

Ukazuje se, že klient neví, jakým jiným způsobem, by svoje potíže mohl řešit, než formou ambulantní nebo pobytové psychiatrie. V mnoha případech klient nezná pojem „psychoterapie“. Nabízí se otázka, zda příčinou nízké využívanosti služeb je spíše nedůvěra klienta, nedostatečná informovanost nebo prostý nezájem. Tato problematika již přesahuje rozsah diplomové práce a zasloužila by si další šetření. V každém případě bych chtěla klienty systematicky informovat o existujících službách a motivovat je k jejich využití.

Nyní se dostávám k etickému vyústění mých úvah. Pracovník se neustále pohybuje na rozmezí paternalismu a partnerství. Chce vstoupit do života člověka a pomáhat, nabízet nové možnosti a zároveň respektovat autonomii člověka a partnersky nechat rozhodování na něm samotném.<sup>329</sup> V akutní fázi schizofrenie jsme nuceni přistupovat k člověku více paternalisticky, ale postupně musíme přecházet k partnerskému přístupu. Pracovník musí dbát o to, aby se nestal klientem objektem jeho péče a „pociťované“ povinnosti. K tomu dochází snadno. Klient s duševním onemocněním je za pomoc rád, nerad však přijímá odpovědnost za svůj život. To platí pro každého člověka, pro duševně nemocného dvojnásob. Partnerský přístup otevírá nemocnému prostor, který se může jevit jako nepříjemné břemeno, protože ho neumí vyplnit. Se svobodou přichází i zodpovědnost a v některých případech se člověk raději vzdá své svobody, než aby přišel o své jistoty. Přestože se může zdát tato cesta schůdnější, pomáhající by si měl být vědom svobody klienta a jeho práva na sebeurčení a umožňovat její realizaci.

Inspirována Platónem se domnívám, že člověk může zapomínat na „péči o svoji duši“. Jak si Sokrates nebo Platón péči o duši představovali, není úplně jasné, ale znamená to jistě kritické posuzování vlastních činů, zda člověk nezaměňuje dobré za příjemné a pohodlné. Sokol píše, že jakmile si člověk začne uvědomovat sama sebe, začne reflektovat svoje jednání a může se mu otevřít nový prostor svobody.<sup>330</sup> Spaemann píše: „Poučení je jednou z nejdůležitějších forem životní pomoci. Též jako sebepoučení, jako učení se anebo vzpomnutí si na to, nač pod vlivem bezprostřední sugesce pudového cíle jednání jsme jinak hotovi zapomenout.“<sup>331</sup>

Směřovat k něčemu, co je pro klienta prospěšné, nazývá Spaemann „vůli k dobru“. Vůle k dobru má však dvě podmínky: Za prvé druhý něco chce, o něco mu jde a za druhé, bytost, o jejíž dobro jde, musí být vnímána jako jedinečná bytost. Můžeme se lehce zmýlit v tom, co je náš zájem a co je zájem toho druhého. Pracovník si musí uvědomit, „kvůli čemu“ takto jedná. Kant říká, že člověk má důstojnost, což je nutno bezpodmínečně respektovat. Charakteristickým znakem jednání, které pomáhá, je „nepřímost“. „Pomoc nemůže zaujmout místo samotného žití. Jejím cílem je spíše ho

---

<sup>328</sup> Srov. Vymětal, J. *Lékařská psychologie*, s. 75

<sup>329</sup> Srov. Machula, T. *Sebeurčení a autonomie jedince*. In Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 142

<sup>330</sup> Srov. Sokol, J. *Etika a život*, s. 135

<sup>331</sup> Spaemann, R. *Šťěstí a vůle k dobru*, s. 120

umožňovat.<sup>332</sup> Spaemann píše, že obsahem odpovědnosti je pomoc člověku, kterou poskytujeme k jeho „moci být“ a pomoc představuje cíl, který musí být druhým teprve přivlastněn. To znamená, že pomoc musím ospravedlnit jemu a nemohu obejít jeho osobu.<sup>333</sup>

Pracovník musí respektovat právo klienta na seburčení bez ohledu na jeho hodnoty a způsob života. Nakonec se ve svém jednání nechá vést tím nejvyšším morálním principem, kterým je důstojnost člověka.

### 6.3.4 Hodnocení kvality výzkumu

Cíl výzkumu byl jasně určen a potvrdilo se, že ho lze zkoumat. Kvalitativní metoda se ukázala jako vhodná. Na počátku byly uvedeny všechny informace související s problémem a ukazující na potřebu výzkumu. Respondenti byli vybráni podle předem stanovených kritérií a byli seznámeni se svými právy.

Zároveň je třeba poukázat na mnoho faktorů, které mají vliv na jeho spolehlivost. Ze strany tazatelky, tak ze strany dotazovaných. Již při výběru vzorku mohlo dojít ke zkreslení. Přestože se jednalo u všech nemocných o chronickou fázi schizofrenie, klienti se lišili v délce jejího trvání a tím i míře poškození kognitivních funkcí a emocionality. Při oslovení dotazovaných jsem se setkala s odmítnutím ve třech případech, které si vysvětluji nedůvěrou a podezíravostí. V ostatních případech byli respondenti potěšeni zájmem tazatelky a účelem výzkumu. Omezení spatřuji v délce rozhovoru, který trval 30 – 45 min s ohledem na schopnost soustředění dotazovaných. Domnívám se, že pokud by rozhovor probíhal opakovaně, došlo by k navození větší důvěry a tím i získání mnohem více cenných informací.

Ze strany respondentů mohlo dojít k běžnému zkreslení z důvodu nepochopení otázek. Tento fakt jsem řešila průběžným objasňováním a zjednodušováním otázek. Hodnověrnost dat mohlo ovlivnit autistické (dereistické) myšlení nemocného, které je volně unášeno fantazií bez ohledu na skutečnost.<sup>334</sup> Výpověď jednoho respondenta o bezproblémovém zaměstnávání se neslučovala s výpovědí jeho ošetřující lékařky. Musíme mít ale stále na mysli, že se jedná o subjektivní pohled dotazovaného a považovala bych za neetické výpovědi zpochybňovat. Uvádím je v kontextu terapeutické péče, která bere ohled na „zakázku“ klienta. S čím klient přichází, jaký problém zmiňuje, je jeho svobodnou volbou a není cílem „hledat pravdu“. Další problém vidím v tom, že jak onemocnění samo, tak jeho vnímání nemocným je dynamické a proměňuje se v čase. Může se tak lišit u jednotlivého klienta v závislosti na životním období.

V otázce spokojenosti mohou být odpovědi jen částečně spolehlivé. Nemocní opakovaně udávali, že jsou s hospitalizací spokojeni a dokonce tvrdili, že by nic neměnili. Tato odpověď může být zkreslená, protože rozhovor probíhal během hospitalizace na oddělení a tudíž neposkytoval bezpečný prostor pro vyjádření negativní odpovědi. Přesto se domnívám, že vzhledem k výsledku výzkumu o neznalosti služeb lze předpokládat, že nemocný nemá odlišnou představu, než je realita psychiatrického oddělení.

---

<sup>332</sup> Spaemann, R. *Štěstí a vůle k dobru*, s. 119

<sup>333</sup> Srov. tamtéž, s. 201

<sup>334</sup> Srov. Raboch, J. Zvolský, P. *Psychiatrie*, s. 113

Ze strany tazatele mohlo dojít k potencionálnímu zkreslení sugestivním kladením otázek, kterému jsem se snažila předejít používáním otevřených otázek. Nedostatek vidím v pořizování poznámek v průběhu rozhovoru, jejichž výběr a doslovná transkripce mohla některé informace vynechat. Tomu jsem se snažila předejít věnováním pozornosti na důraz, který dával sdělení klient sám.

S jistou spolehlivostí lze tvrdit, že výsledky jsou opakovatelné, pokud se výzkum uskuteční znovu ve stejném prostředí s podobným druhem klientů. Při opakování výzkumu lze doporučit pro ověření spolehlivosti triangulaci.<sup>335</sup> Pro hlubší a přesnější vhléd do problému doporučuji provádět šetření na neutrální půdě, než je psychiatrické oddělení, kde se bude moci nemocný svobodněji vyjadřovat k tématu.

### 6.3.5 Etické zásady ve výzkumu

První zásadou etického zacházení s klientem ve výzkumu je informovaný souhlas. K tomu jsem také přistoupila při realizaci výzkumu. Klient musel vstoupit do výzkumu dobrovolně a musel mít možnost z něho kdykoliv odstoupit, pokud si to přál.<sup>336</sup> Informovaný souhlas může být písemný nebo ústní a získává se na základě podaných informací. Klient musel být informován, k čemu výzkum slouží, jak bude probíhat, jak dlouho bude trvat, kdo a jak bude zacházet s osobními daty dotazovaného. Klient nebyl žádným způsobem manipulován k účasti na výzkumném projektu jakoukoliv odměnou nebo výhodou. Zásada informovaného souhlasu vychází z úcty ke klientovi, především k těm, kteří jsou v obtížných životních situacích jako je tomu u duševně nemocných lidí.

Další zásadou je princip prospěšnosti, který vyžaduje, aby výzkum nezpůsobil újmu člověku a aby jeho prospěch převažoval nad možnými riziky.<sup>337</sup> Je nezbytné vyvarovat se jakéhokoliv poškození klienta. Aby se výzkumník orientoval v tom, co je a co není poškozující, lze uplatnit Kantův kategorický imperativ, podle kterého nemáme druhým činit nic, co nechceme, aby činili nám. Je zapotřebí soustavné reflexe, která zahrnuje jak dotazy na účastníky výzkumu, tak pracovníka samého.<sup>338</sup>

Třetím principem je právo na ochranu informací tázaných osob. Informace, které výzkumník získá, je nutné považovat za důvěrné a neměly by být přístupné jiným lidem bez svolení dotazovaného. Výzkumný projekt by měl mít platnost a užitek. I když mnohdy nelze předem posoudit hodnotu výzkumu, výzkumník by měl usilovat o spolehlivost při sběru dat, snažit se o nalezení nejvhodnější metody a její vyhodnocení. Každý pozitivní i negativní výsledek je cenným zdrojem poznání.

---

<sup>335</sup> Srov. Hendl, J. Úvod do kvalitativního výzkumu, s. 227

<sup>336</sup> Srov. Atkinson, R. *Psychologie*, s. 23

<sup>337</sup> Srov. Baudiš, P. Libiger, J. *Psychiatrie a etika*, s. 125

<sup>338</sup> Srov. Weis, P. *Etické otázky v psychologii*, s. 142

## Závěr

Cílem této práce bylo najít sociální a etické souvislosti přístupu ke klientům se schizofrenií. Tento cíl se podařilo naplnit. Na počátku jsem představila schizofrenii jako závažné duševní onemocnění, které postihuje člověka v mnoha oblastech života. V první kapitole jsem vymezila pojem schizofrenie jako: duševní onemocnění, které vážně narušuje vztah člověka ke skutečnosti a při kterém dochází ke změnám osobnosti. Projevuje se v oblasti myšlení, vnímání, emotivity a osobnostní integrity. Pracovník musí být seznámen se specifiky tohoto onemocnění, aby jim porozuměl, dokázal včas rozpoznat, a zahájil potřebnou intervenci.

Přesnou příčinu schizofrenie zatím nelze zcela určit. Spíše se jedná o souhru mnoha faktorů a jejich vzájemnou interakci, mluvíme o multifaktoriální příčině – zahrnuje vlivy biologické, psychologické a sociální. Tento poznatek je velice důležitý pro směřování léčby. Příčiny vzniku schizofrenie vysvětluje teorie hypersenzitivity a vulnerability. Jedinec se vyznačuje dispozicí k zvýšené citlivosti, která ještě nerozhoduje o vzniku onemocnění. Stejně tak důležitá je zvýšená citlivost vůči zatěžujícím podnětům, přicházejících v průběhu života.

První projevy schizofrenie se objevují nejčastěji v období adolescence nebo mladší dospělosti, napříč všem kulturám a kontinentům. Příznaky schizofrenie jsou velice pestré a odpovídají fázi onemocnění i individualitě nemocného. Mezi tzv. pozitivní příznaky patří především bludy a halucinace, díky kterým je nemocný svému okolí nesrozumitelný a uzavírá ve svém vnitřním světě. K negativním příznakům patří emoční oploštělost a oslabení nebo úplná ztráta volných vlastností. Stěžejní jsou také kognitivní příznaky, jako je snížená schopnost soustředění, plánování, rozhodování a porucha paměti.

Schizofrenie je onemocnění léčitelné a jeho projevy i průběhem jsem se zabývala proto, že jeho včasné zachycení má vliv na včasné zahájení léčby. Kvalitní léčba vychází z teorie o multifaktoriální příčině a spočívá ve vzájemném propojení farmakoterapie, psychoterapie a sociální rehabilitace. Farmakoterapie je důležitá v akutní fázi onemocnění a řeší biochemickou stránku schizofrenie, psychoterapie nabízí nemocnému nejprve podporu a provázení, později porozumění sobě i okolnímu světu. Sociální rehabilitace usiluje o obnovení kompetencí nemocného s důrazem na pozitivní stránky osobnosti.

Od prvního kontaktu je důležité navázání kvalitního terapeutického vztahu mezi pracovníkem a nemocným, který lze docílit specifickou komunikací s ohledem na tento druh onemocnění. Slouží k přemostění světa nemocného s vnějším světem. Vztah založený na důvěře a bezpečí je důležitým faktorem úspěšné léčby. Cílem všech léčebných postupů není za každou cenu docílit vymizení všech příznaků, nýbrž tzv. sociální údrava (koncept zotavení), která se stává dlouhodobým osobním procesem hledání a uskutečňování smysluplnosti života navzdory chronickému onemocnění.

V další kapitole jsem předložila nástroje, kterým poskytujeme nemocnému pomoc a podporu. Jsou to sociální a zdravotnické služby, které si kladou za cíl zlepšit kvalitu života nemocným vyrovnáním jejich znevýhodnění. Smyslem jejich poskytování je sociální inkluze a zabránění sociální exkluze. Současným trendem v moderní psychiatrické péči je postupné omezování rezidenční péče a rozšiřování péče extramurální. Těžiště pomoci by mělo spočívat na komunitní úrovni, která je komplexní a ponechává klienta v jeho přirozeném prostředí. Navíc je postavena na principech partnerství.

V další kapitole jsem se zabývala specifickými potřebami klientů se schizofrenií. Tito nemocní mají stejné potřeby a přání jako osoby zdravé: kvalitní vztahy, zaměstnání, vzdělávání, bydlení a smysluplné trávení volného času. V důsledku onemocnění dochází ke ztrátě mnoha kompetencí, ať již v důsledku chronického průběhu nemoci nebo dlouhodobé rezidenční péče a naplňování těchto potřeb bývá komplikováno. Navíc se setkáváme s mnoha sociálními problémy, které léčbu komplikují, zhoršují kvalitu života a vystavují ho sociálnímu vyloučení. Jedná se o užívání návykových látek, bezdomovectví, sebevražedné jednání a stigmatizace duševně nemocných.

Přístup k duševně nemocným má specifickou povahu a vyžaduje etickou reflexi. Duševní onemocnění ovlivňuje klienta v myšlení, vnímání, chování a díky tomu se ocitá ve znevýhodněné pozici. Častokrát neodkáže formulovat svá přání, cíle, těžce se rozhoduje a hájí svá práva. Proto se další kapitola, jak vyplývá z cíle práce, věnuje etickým souvislostem přístupu k těmto klientům.

Práce s duševně nemocným staví pracovníka před etická dilemata a problémy, například v jakou chvíli použít restriktivní opatření, kterým klientům věnovat pozornost a v jaké míře, kdy využít spíše pomoci a kdy kontroly. V rozhodování je třeba mít na mysli tři roviny hodnot, které se vzájemně prolínají - hodnoty pracovníka, společnosti i klienta. Zabývala jsem se otázkou, jak se může pracovník správnému etickému jednání naučit? Odpověď jsem hledala v nauce o ctnostech. Správné etické jednání předpokládá určitou zralost člověka, schopnost posuzovat sám sebe, konkrétní situaci a její souvislosti i důsledky. Dosáhnout toho může celoživotní výchovou a vzděláváním, díky kterému získává soubor ctností, nazvaný charakterem. Potom může jeho práce dosahovat pozitivních kvalit a je vykonávána s větší jistotou a radostí.

Společným jmenovatelem etických problémů je téma lidské svobody. Svoboda je vedle života nejcennější hodnotou a úzce souvisí s důstojností člověka. Týká se jak pracovníka, tak nemocného. Díky svobodě má pracovník možnost volit mezi různými možnostmi. Kladla jsem si otázku, zda je zásah do osobní svobody nemocného morálně oprávněný? Omezení svobody musí pracovník ospravedlnit. Může omezit svobodu nemocného pouze podle předem stanovených pravidel a pouze kvůli tomu účelu, aby klient mohl později svoji svobodu uskutečňovat. Ve chvíli akutního stavu duševního onemocnění by svoboda byla pro nemocného a jeho okolí spíše ke škodě než k užítku. Navzdory použití fyzické převahy může být omezení svobody provedeno s maximálním ohledem k důstojnosti člověka a později vytváří podmínky k tomu, aby dosáhl svých cílů.

V praktické části jsem se zabývala tím, jaké jsou sociální problémy klientů se schizofrenií v praxi. První otázka zjišťovala, jak je klient spokojený se zdravotnickou péčí na psychiatrickém oddělení. Téma spokojenosti nemocného během pobytu na psychiatrickém oddělení vychází z porovnání s moderními trendy v psychiatrii – především omezování rezidenční péče, komplexnosti služeb a partnerský přístup ke klientům.

Výsledky výzkumu byly překvapivé. Nemocní jsou s hospitalizací spokojeni a dokonce většina z nich uvedla, že by na ni nic neměnili. Domnívám se, že spokojenost s hospitalizací souvisí s několika faktory. Za prvé, psychiatrická péče prošla mnohými změnami nejen v léčbě, ale i v přístupu k nemocnému. V současné době je kladen důraz na dodržování lidských práv a zachování důstojnosti člověka. Za druhé, prostředí psychiatrického oddělení je klientovi dobře známo vzhledem k opakovaným pobytům a tudíž je na něj zvyklý. Ocítá se v rukou odborníků, kde může zažívat pocit bezpečí a



zároveň sounáležitosti s ostatními nemocnými. Od odborníků je očekáváno vedení, nikoliv návrhy na řešení životní situace. Za třetí, hospitalizace na psychiatrickém oddělení dává prostor pro „sekundární zisky z nemoci“ spojené s rolí nemocného – pozornost okolí, manipulace s druhými, osvobození od běžných povinností nebo řešení současné sociální situace. Výše zmíněná fakta lze vysvětlit povahou schizofrenie samé i způsobem poskytované péče, která je založena převážně na paternalismu a pasivní pozici nemocného. Z těchto výsledků vyplývá hypotéza H1: Klient se schizofrenií musí být veden k aktivitě navzdory jeho sklonům k pasivitě, aby bylo dosaženo většího začlenění do společnosti.

Druhá otázka sledovala hlavní problém spojený se schizofrenií. Výsledky ukázaly na pestrou paletu potíží, které se vzájemně prolínají. Nejčastěji se objevovaly problémy v pracovním uplatnění a navazování mezilidských vztahů. V důsledku ztráty potřebných kompetencí zažívají nemocní daleko častěji neúspěch v těchto oblastech, což má negativní vliv na kvalitu života. Z tohoto zjištění vyplývá hypotéza H2: Klienti se schizofrenií potřebují ve zvýšené míře posilovat sociální dovednosti, protože za největší problém udávají pracovní uplatnění a navazování mezilidských kontaktů. Posilování sociálních dovedností bude mít největší efekt na sociální začlenění do společnosti.

Třetí otázka byla zaměřena na motivaci klientů k navazující službě. Farmakologická léčba je pro nemocné samozřejmostí. Jinak je tomu v případě navazujících služeb. Většina dotazovaných má zkušenost pouze s ambulantní psychiatrickou péčí, jiné služby nezná nebo je zná, ale nevyužívá je. Tento fakt by si zasloužil další šetření. Není zcela jasné, zda je příčinou nedostatek informací nebo jiný důvod. Domnívám se, že větší využití navazujících služeb je přímo úměrné kvalitě života nemocného. Z výsledků vyplývá hypotéza H3: Informovanost a motivace klientů zvýší využívání navazujících služeb, neboť klienti ve většině případů o nich nemají ani ponětí.

Vyvstává otázka, jak výsledky této práce aplikovat přímo v praxi? Výsledky ukázaly, že klienti nejsou informováni o možnostech zvyšování kvality života a nejsou k nim dostatečně motivováni. Odpovědností pracovníka je věřit v možnost změny a najít vhodný způsob, jak nabídky nemocnému tvořivě přizpůsobit. Paternalistický přístup má své opodstatnění v akutní fázi nemoci, ne však dlouhodobě. Pokud by pracovník kladl větší důraz na autonomii nemocného, silné a zdravé stránky osobnosti, snáze by nabídku využil.

K profesionálnímu způsobu práce patří právě dojednávání s klientem na vzájemné spolupráci. Nutnou podmínkou spolupráce je respektování klienta jako plnohodnotného a rovnocenného partnera. Pracovník by měl nemocnému otevřít prostor možností - navrhnout různé cíle, způsoby řešení, z kterých potom bude volit podle svých potřeb. Klient by se měl dozvědět, že změna je potencionálně možná, jakým způsobem a kde může být uskutečněna. Úkolem pracovníka je zajistit, aby se klient v současné nabídce služeb orientoval. K tomu mohou pomoci různé speciální brožury, časopisy, popř. videonahrávky o konkrétním zařízení. Podpořit toto snažení může také vzájemné sdílení zkušeností mezi nemocnými, které probíhá jak neformálním kontaktem mezi nemocnými, tak při skupinové psychoterapii během hospitalizace. V tomto bodě je třeba zdůraznit, že informovanost a motivace nemocných patří do rukou pracovníků na psychiatrickém oddělení a ambulantnímu psychiatrovi, ke kterému nemocný dochází pro propuštění. Informovanost klientů a přenesení zodpovědnosti na ně samé je nutnou podmínkou současného trendu - přesunout těžiště rezidenční péče na extramurální péči.

Na závěr je třeba říci, že pracovník musí respektovat právo klienta na sebeurčení s ohledem na jeho hodnoty a způsob života. Musí reflektovat, komu pomáhá a z jakého důvodu, své cíle nesmí zaměňovat s cíli klienta. Rozhodování je nakonec na klientovi samotném.

Etická část ukázala, že přístup k nemocnému se schizofrenií úzce souvisí s hranicí mezi omezováním svobody člověka a respektováním jeho autonomie. Pracovník si této hranice může a nemusí být vědom. Sociální a etické souvislosti v přístupu ke klientům se schizofrenií ukazují na tenkou hranici mezi paternalismem a partnerstvím a vyzývají k neustálé sebereflexi pracovníka, jejíž hlavním principem je důstojnost člověka.

## Použitá literatura

- Anthony In Pěč, O. Probstová, V. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. s. 221
- Anzenbacher, A. *Úvod do etiky*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0953-1. 292 s.
- Anzenbacher, A. *Křesťanská sociální etika*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2001. ISBN 80-7325-030-6. 254 s.
- Aristotelés, *Etika Nikomachova*. 3. vyd. Praha: Rezek, 2009. ISBN 80-86027-29-5. 291 s.
- Atkinson, R. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3. 751 s.
- Banks, S. *Ethics and Values in Social Work*. London: Macmillan Press, 1995.
- Banks In Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. s. 84
- Baštecká, B., Goldmann, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4. 436 s.
- Baudiš, P., Libiger, J. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-104-1. 156 s.
- Beran, J. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN- 978-80-247-1125-6. 140 s.
- Berg, Insoo K. *Family Preservation a Brief Therapy workbook*. London: BT Press, G.B. 1991
- Bouček, J. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-X. 244 s.
- Čadková – Svejkovská, M. *Zákonné úpravy a běžná agenda sociálního pracovníka*. In Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5. s. 57
- Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7. 374 s.
- Doubek, P., Praško, J. a kol. *Psychóza v životě, život v psychóze*. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-231-5. 61 s.
- Fischer, O., Milfait, R. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok, 2008. ISBN – 978-80-904137-7-1. 223 s.
- Fischer, O. *Úvod do filozofie pro pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Jabok, 2010. ISBN 978-80-904137-7-1. s. 131
- Foitová, Z. *Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši*. In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. s. 221
- Gillová, P. *Zaměstnávání duševně nemocných*. In Rybová, L. *Cesty z labyrintu duševní nemoci*. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2007-2008. s. 43
- Goffmann In Hamid-Balma, Arthur, *Visions: BCs Mental Health and Addictions Journal*, 2005 In *Esprit*, 2009/3 článek - *Stigma, strach, předsudky, odmítání*
- Hamid-Balma, Arthur, *Visions: BCs Mental Health and Addictions Journal*, 2005 In *Esprit*, 2009/3 článek - *Stigma, strach, předsudky, odmítání*

- Habáň, M. *Přirozená ethika*. Olomouc: Dominikánská edice Krystal v Olomouci, 1944. s. 160
- Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7. 272s.
- Hasenfeld In Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale...*“. *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: M. Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9. s. 80
- Hejzlar, In Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. s. 218
- Hendl, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-549-3. 243 s.
- Henriksen, J.O., Veltesen, A. *Blízké a vzdálené: etické teorie a principy práce s lidmi*. Prah: Albert, 2000. ISBN 80-85834-85.
- Honzák, R. Etické kodexy. In Weis, P. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-845-6. s. 79
- Hronová, M. Etika v sociální práci. In Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5. s. 51
- Hubálek, S. Kořová, M. Etika v psychoterapii. In Weis, P. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-845-6. s. 240
- Christensen a Baum In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. s. 129
- Jandejsek, P. Kombercová, Z. Lidská práva a sociální spravedlnost v sociální práci. In Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok, 2008. ISBN – 978-80-904137-7-1. s. 100
- Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6. 223 s.
- Jarolímek, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, Vyšehrad, 2006. 26 s.
- Kalina, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-080-87. s. 254
- Kant, Immanuel. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1976. ISBN 25-017-76. s. 135
- Klimeš In Musil, L. *Ráda bych vám pomohla, ale*. *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: M. Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9. s. 36
- Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X. s. 147
- Kratochvíl, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-280-7. s. 392
- Křivohlavý, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X. s. 195
- Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2. s. 163
- Lann In Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale*“. *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: M. Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9. s. 137

- Liberman R. P. In Možný, P. Praško, J. *Kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6. s. 155
- Liberman, R. P. In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*, Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. s. 87
- Lipsky In Musil, L. „*Ráda bych vám pomohla, ale...*“, *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: M. Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9. s. 78
- Ludewig, K. *Systemická terapie, základy klinické teorie a praxe*. 2. vyd. Praha: ISZ, 2007. s. 107
- MacIntyre, A. *Ztráta ctnosti: k morální krizi současnosti*. Praha: Oikoymenh, 2004. ISBN 80-7298-082-. 332 s.
- Mahrová, G., Venglářová, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5. 168 s.
- Machula, T. Sebeurčení a autonomie jedince. In Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro sociální práci*, Praha: Jabok, 2008. ISBN – 978-80-904137-7-1. s. 135
- Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6. 352 s.
- Matoušek, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. 352s.
- Matoušek, O. *Metody sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2. s. 38
- Matoušek, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9. s. 183
- Maršálek, M. *Deprese u schizofrenie*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-116-5. 80 s.
- Michon, Weeghel In Matoušek, M. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. s. 149
- Mentzos, S. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-992-5. 128 s.
- Možný, P., Praško, P. *Kognitivně-behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6. 304 s.
- Musil, L. *Ráda bych vám pomohla, ale.... Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: M. Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9. 243 s.
- Papežová, H. *Etické principy a profesionalita v psychiatrii*. In Ptáček, R. Bartůněk, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2. s. 133
- Parker, Johnston a Hayward, 1988 In Atkinson, R. *Psychologie*. Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3. s. 552
- Petr, T. Restriktivní postupy. In Marková, E. Venglářová, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6. s. 114
- Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. 256 s.

- Pfeiffer. Komunitní péče, aneb Aby péče o duši neztratila duši. In Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. s. 211
- Popkin R., Stroll, A. *Filozofie pro každého*. Praha: Ivo Železný, 2000. ISBN 80-240-0257-4. 407 s.
- Pospišil, F. *Právní rádce, příručka pro všechny, kteří se potýkají s duševní nemocí*. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2005. ISBN 80-239-5610-8. 90 s.
- Probstová, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In Matoušek, M. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. s. 150
- Praško, J., Bareš, M., Horáček, J. a kol. *Léčíme se s psychózou, Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2. 96 s.
- Praško, J., Bareš, M., Horáček, J. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. Praha: Janssen – Cilag, 1998. 104 s.
- Ptáček, R., Bartůněk, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2. 528 s.
- Raboch, J., Pavlovský, P. *Psychiatrie, minimum pro praxi*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-85875-98-5. 191 s.
- Raboch, J., Zvolský, P. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8. 622 s.
- Rajmová, E. Novověk. In Marková, E. Venglářová, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6. s. 27
- Ricken, F. *Obecná etika*. Praha: nakl. ISE, 1995. 165 s.
- Rossová, E. K. In Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6. s. 132
- Rybová, L. *Cesty z labyrintu duševní nemoci*. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2007-2008. 69 s.
- Řezníček, I. *Metody sociální práce*. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-00-1. 75 s.
- Říčan, P. *Psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-560-8. 304 s.
- Savenje, A. Rodina a psychiatrické onemocnění. In Pěč, O. Probstová, V. a kol. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. s. 199
- Shneidman, E. In Vodáčková, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-342-0. s. 490
- Schwarcová, G. Sociální práce s bezdomovci. In Matoušek, M. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. s. 315
- Šiříšřová, E. a kol. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-052-89. 233 s.
- Sokol, J. *Etika a život*. Praha: Vyšehrad, 2010. ISBN 978-80-7429-063-3. 239 s.
- Spaemann, R. *Štěstí a vůle k dobru*. Praha: Oikoymenh, 1998. ISBN 80-86005-01-0. 219 s.
- Storig, H, J. *Malé dějiny filozofie*. Praha: Zvon, 1992. ISBN 80-7113-058-3. 55 s.

Stuchlík, J. *Evropská legislativa o duševním zdraví. Politika péče o duševní zdraví: cesta ke komplexním formám péče o duševní zdraví. Zahraniční a české poznatky.* Praha: sdružení Fokus, 1995.

Svatošová, M. In Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese.* Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6. s. 134

Šimek, J. Etické aspekty psychoterapie. In Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro sociální práci.* Praha: Jabok, 2008. ISBN – 978-80-904137-7-1. s. 176

Úlehla, I. *Umění pomáhat.* Praha: Slon, 2004. ISBN 978-80-86429-36-6. 128 s.

Vavřda, V. Vztahové systémy v psychoanalytickém prostoru. In Vymětal, J. *Obecná psychoterapie.* Praha: Psychoanalytické nakl. Kocourek, 1997. ISBN 80-86123-02-2. s. 82

Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3. 870 s.

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0. 522 s.

Vodáčková, D. *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2002. ISBN 978-80-7367-342-0. 546 s.

Vymětal, J. *Speciální psychoterapie.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1. 396 s.

Vymětal, J. *Obecná psychoterapie.* Praha: Psychoanalytické nakl. Kocourek, 1997. ISBN 80-86123-02-2. 295 s.

Vymětal, J. *Lékařská psychologie.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X. 397 s.

Vymětal, J., Rezková, V. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem.* 2. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-561-X. 236 s.

Weeghel, J. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In Pěč, O. Probstová, V. *Psychózy.* Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3. s. 20

Weis, P. a kol. *Etické otázky v psychologii.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-845-6. 349 s.

Wernischová, H. Morální vývoj jedince ve vztahu k etickému východisku. In Fischer, O. Milfait, R. *Etika pro pomáhající profese.* Praha: Jabok, 2008. ISBN – 978-80-904137-7-1. s. 31

Yalom, I.D., Leszcz, M. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-304-8. 648 s.

#### Internetové zdroje:

Strossová, I. Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi [online], 1984 [cit.15.1.2012]. Dostupné na WWW: [www.pl.opava.cz/SKUPPST.htm](http://www.pl.opava.cz/SKUPPST.htm)

Centrum psychosociální rehabilitace Břevnov [online], [cit 1.2.2012]. Dostupné na WWW: [www.fokus-praha.cz](http://www.fokus-praha.cz)

Občanské sdružení Baobab [online], Posláním služby sociální rehabilitace Student [cit. 1.2.2012]. Dostupné na WWW: <http://www.osbaobab.cz/sluzby/student1>

Projekt Změna [online], Projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění [cit. 1.2.2012]. Dostupné na WWW: [www.stopstigmapsychiatrie.cz](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz)

Časopis Esprit, Česká asociace pro psychické zdraví [online], 2009/3 [cit.15.2.2012]. Dostupné na WWW: <http://www.casopis-esprit.blogspot.com/2009/04/esprit-3-09.html>

Helpguide Helps You Help Yourself and Others [online], Schizophrenia [cit. 15.1.2012]. Dostupné na WWW: <http://www.helpguide.org/topics/schizophrenia.htm>

VKCI o.p.s, Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín [online], [cit.18.2.2012]. Dostupné na WWW: <http://www.vkci.cz>

#### Legislativní dokumenty:

Listina základních práv a svobod z usnesení České národní rady 16.12.1992, jako součást zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

Úmluva o lidských právech a biomedicině, Sbíрка mezinárodních smluv 96/2001, ve znění platném k 1.10.2001

Mezinárodní etický kodex sociální práce In Fischer, O. Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci*, s. 196

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění platném k 19.4.2007

Zákon č.40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění platném k 23.2.2011

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění platném k 1.9.2011

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění platném k 30.1.2007

Zákon č. 101/2000 sb., o ochraně osobních údajů, ve znění platném k 1.1.2011

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.1.2012

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění platném k 1.1.2010

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění platném k 1.4.2011



## **Abstrakt**

Ročovská, S. Sociální a etické souvislosti přístupu ke klientům se schizofrenií. České Budějovice 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce PhDr. M. Svobodová.

**Klíčová slova:** Schizofrenie, nezaměstnanost, bezdomovectví, stigmatizace, sociální služby, paternalismus, partnerství, etická dilemata, autonomie, omezení svobody, ctnosti

Tato diplomová práce se zabývá sociálními a etickými souvislostmi přístupu ke klientům se schizofrenií. Teoretická část představuje schizofrenii jako duševní onemocnění, které vážně narušuje vztah člověka ke skutečnosti a při němž dochází ke změnám osobnosti. V důsledku toho vznikají problémy v běžném životě v oblastech navazování blízkých vztahů, pracovního uplatnění, bydlení, vzdělávání nebo smysluplného trávení volného času. Tyto problémy ohrožují člověka sociálním vyloučením. Praktická část se zabývá spokojeností klientů s léčbou v rámci zdravotnického zařízení, jejich hlavními problémy a nabízí řešení těchto problémů zprostředkováním navazujících služeb. Etická část se zabývá etickými dilematy v přístupu ke klientům, jejichž společným jmenovatelem je tenká hranice mezi podporou autonomie člověka a jejím omezením v rámci léčby onemocnění.

## **Abstract**

Social and ethical aspects of the approach to schizophrenia clients

**Key words:** Schizophrenia, unemployment, homelessness, stigmatisation, social services, paternalism, partnership, ethical dilemmas, autonomy, restriction of freedom, virtues

This thesis deals with the social and ethical aspects of the approach to clients suffering from schizophrenia. The theoretical part presents schizophrenia as a mental disorder that seriously affects our perception of reality and in which changes in personality occur. As a result, problems arise in everyday life, such as establishing close relationships, employment, housing, education or meaningful leisure time activities. These social problems threaten human with social exclusion. The practical part looks into client satisfaction with treatment in medical facilities, the clients' main problems and offers solutions to such problems by the mediation of follow-up services. The ethical part deals with ethical dilemmas connected with the approach to clients where the common denominator is a thin line between promoting human autonomy and its limitations caused by the treatment of disease.