

Analýza sociální situace osob se schizofrenií

Milan Mundier, DiS.

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií



INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Milan MUNDIER, DiS.**
Osobní číslo: **H118198**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Analýza sociální situace osob se schizofrenií**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno dle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:

- analýzu sociální situace osob s onemocněním schizofrenie;
- analýzu konkrétních sociálních situací u osob s onemocněním schizofrenie;
- analýzu dané problematiky z pohledu sociální pedagogiky;
- možnosti uplatnění osob se schizofrenií v praktickém životě;
- možnosti propojení sociální práce a sociální pedagogiky v péči o nemocné se schizofrenií.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum, jenž bude realizovaný formou rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkum bude zaměřen jak na osoby s onemocněním schizofrenie, tak na sociální pracovníky a psychiatry.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAKOŠOVÁ, Z. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. Bratislava: Public promotion, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.

BAŠTECKÁ, B. a kol. Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-735-3.

HENDL, J. Kvalitativní výzkum. Praha: Portál, s.r.o., 2005. ISBN 80-7367-040-2.

MAHROVÁ, M. Venglářová a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, O. Kolářková, J., Kodymová, P. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, s.r.o., 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**
Katedra pedagogiky a psychologie

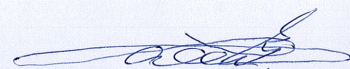
Datum zadání bakalářské práce: **11. listopadu 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2014**

V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

MILAN MUNDIER

Jméno, příjmení studenta

V Brně 15.4.2014

Mundier

Podpis

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma analýzy sociální situace osob se schizofrenií. Zabývá se touto problematikou jak z pohledu sociální práce a sociální pedagogiky, tak z pohledu medicíny. Důležitou součástí této bakalářské práce je kvalitativní výzkum, který zahrnuje strukturované rozhovory s lidmi, kteří mají znalosti o dané problematice.

Klíčová slova: schizofrenie, psychoterapie, krizová intervence, sociální práce, sociální pedagogika

ABSTRACT

This bachelor work focuses on the topic of the analysis of social situation of people with schizophrenia. It deals with this problem from the viewpoint of social work and social pedagogy as well as medical viewpoint. The significant part of this bachelor work is qualitative research, which involves structured interviews with people who have knowledge of schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, psychotherapy, critical intervention, social work, social pedagogy

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce panu prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi za jeho rady, podporu a trpělivost.

Děkuji panu Ing. Radomíru Pernicovi za technické rady.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIE	12
1.1. TYPOLOGIE SCHIZOFRENIE	14
1.2. PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE	15
1.3. VÝSKYT SCHIZOFRENIE V POPULACI.....	17
1.4. PŘÍČINY SCHIZOFRENIE	18
1.5. LÉČBA SCHIZOFRENIE.....	18
2. NAPOMÁHAJÍCÍ PROFESE V PÉČI O NEMOCNÉ.....	21
2.1. SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA	21
2.2. SMĚRY SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	21
2.3. SOUČASNÉ SMĚRY SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	23
2.4. VYMEZENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE	25
2.5. METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE	27
2.6. ZAMĚŘENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE V SOUČASNÉ DOBĚ	28
2.7. SOCIÁLNÍ PRÁCE A JEJÍ PARADIGMATA	29
2.8. SOCIÁLNÍ PRÁCE A JEJÍ DILEMATA	30
3. SPECIALIZOVANÁ INTERVENČE V SOCIÁLNÍCH SOUVISLOSTECH.....	33
3.1. KRIZOVÁ INTERVENČE	34
3.2. INTENZIVNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE.....	35
3.3. PSYCHOTERAPIE A FARMAKOTERAPIE	35
3.4. DETERMINANTY SOCIÁLNÍ SITUACE NEMOCNÝCH	37
3.5. SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A SOCIÁLNÍ PEDAGOG JAKO PARTNER A POMOCNÍK.....	40
3.6. SYSTÉMOVÉ POJETÍ SOCIÁLNÍ PÉČE	44
4. VÝZKUM.....	49
4.1. CÍL VÝZKUMU	50
4.2. VÝZKUMNÝ NÁSTROJ	51
4.3. ÚČASTNÍCI VÝZKUMU	51
4.4. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝSLEDKY VÝZKUMU	52
5. VÝSLEDKY VÝZKUMU	55
5.1. NEJČASTĚJŠÍ TYP SCHIZOFRENNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	56
5.2. VÝSKYT SCHIZOFRENIE: MUŽI VS. ŽENY	58
5.3. LÉČBA SCHIZOFRENIE A JEJÍ NÁROČNOST	59
5.4. ÚROVEŇ NÁVAZNOSTI SOCIÁLNÍ PÉČE NA PÉČI LÉKAŘSKOU	63
5.5. NA CO SI PŘI PRÁCI SE SCHIZOFRENIKY DÁVAT POZOR.....	65
5.6. VLIV NEMOCI NA SOCIÁLNÍ SITUACI NEMOCNÉHO	67
5.7. SPOLUPRÁCE MEZI ODBORNÍKY	71
5.8. SPOLUPRÁCE S RODINAMI OSOB TRPÍCÍMI SCHIZOFRENIÍ	73
5.9. PROGNOZA A NÁVRHY	75

ZÁVĚR	78
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	82
SEZNAM OBRÁZKŮ	84
SEZNAM TABULEK.....	85
SEZNAM GRAFŮ	86

ÚVOD

Již ve své absolventské práci, která byla součástí mého vyššího odborného studia, jsem se zabýval sociálními problémy, kterým čelí lidé se schizofrenním onemocněním. Součástí této práce byl rovněž kvalitativní výzkum, v jehož rámci jsem mluvil s osmi sociálními pracovníky, kteří se schizofreniky pracují či někdy v minulosti pracovali.

Poznatky, které jsem při psaní své absolventské práce získal, jsem se rozhodl zúročit i ve své bakalářské práci. Jsem totiž hluboce přesvědčen, že sociální práce se schizofreniky je tématem, které si zaslouží ještě o něco podrobnější analýzu. Při práci se schizofreniky lze totiž využít nejen metod sociální práce, ale také sociální pedagogiky, přičemž obě tyto disciplíny by měly kráčet ruku v ruce s psychiatrií, psychologíí a jejich poznatky. A to tím spíše, že třeba taková psychiatrie se neustále vyvíjí a objevuje nové způsoby léčby osob se schizofrenním onemocněním.

Cílem mé bakalářské práce je **analýza sociální situace osob se schizofrenií**. Během jejího psaní se hodlám zaměřit na analýzu jak obecných, tak konkrétních sociálních situací u osob se schizofrenií a danou problematiku pak popsat také z pohledu sociální pedagogiky. Rovněž chci připomenout všechny způsoby, jakými lze sociální situaci osob se schizofrenií pozitivně ovlivnit. Toto tedy bude cílem mé bakalářské práce, přičemž využívat budu také poznatků z oboru psychiatrie a psychologie (pouze jejich znalost vede ke konstruktivní spolupráci se schizofreniky).

Má bakalářská práce se bude skládat ze dvou základních částí. Ta první, část teoretická, bude obsahovat vše, co je uvedeno v předchozím odstavci. Ta druhá, část praktická, bude postavena na výsledcích nového kvalitativního výzkumu. V jeho rámci budu hovořit jak s psychiatry a psychology, tak se sociálními pracovníky, sociálními pedagogy a lidmi, kteří trpí schizofrenním onemocněním. Výzkumným nástrojem bude rozhovor s otevřenými otázkami. Budou sestaveny tři typy otázek, z nichž každý bude odpovídat té které skupině respondentů. Všechny rozhovory budou zaznamenány na diktafon.

Současné statistiky uvádějí, že schizofrenním onemocněním (existuje několik jeho druhů a všechny budou zmíněny v jedné z následujících kapitol) trpí zhruba 1% celkové populace. To znamená, že každý stý člověk je schizofrenik. Byly doby, kdy lidé se schizofrenním onemocněním byli považováni za vysoce nebezpečné a žili buď v ústavech

nebo na periferii společnosti. I jejich tehdejší léčba se z dnešního pohledu jeví jako „drastická“, některé její metody by se dokonce daly označit za „středověké“.

Dnes je tomu naštěstí jinak, byť se tu a tam s nějakými těmi předsudky setkat můžeme. Pokrok na poli lékařské vědy a rozvoj sociální práce a sociální pedagogiky umožňuje i lidem se schizofrenií prožít plnohodnotný a důstojný život. Samozřejmě platí, že stále je co vylepšovat, například návaznost sociální péče na péči lékařskou ne vždy funguje tak, jak by měla. Proto se budu ptát i svých respondentů, co by se dle jejich názoru mělo v oblasti dané problematiky zlepšit.

Pevně věřím, že má bakalářská práce bude zajímavá nejen pro studenty speciální pedagogiky, ale také pro lidi, kteří působí v oblasti zdravotnictví a sociální péče, a v neposlední řadě i pro laickou veřejnost.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIE

Podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:181) je schizofrenie (*schizein* – štípat, *frēn* – mysl; z řečtiny) duševním onemocněním, které zasahuje takřka všechny duševní funkce. Je pro ni charakteristická především porucha myšlení a vnímání, nepřiměřené emoční projevy a neadekvátní chování.

Definice schizofrenie ale existuje celá řada. Například podle Smolíka (1996:151) je schizofrenie duševní poruchou, která se vyznačuje značně **narušeným myšlením a vnímáním**. Inteligence nemocného jako taková ohrožena není, přítomny jsou však **nepřiměřené emoční reakce**, z nichž některé jsou zapříčiněny **špatným sebevládním**.

Mezi nejcharakterističtější jevy schizofrenie patří podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:181) **bludy, halucinace a zmatené chování** či **apatie**. Postižený často slyší hlasy, které ho nutí k nějakému chování, má pocit neustálého ohrožení a své okolí může vnímat jako nepřátelské. Právě toto činí ze schizofrenie jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění vůbec.

Příznaky schizofrenie se přitom dle Orla (in Orel a kolektiv, 2012:115) mohou dělit na **pozitivní** a **negativní**. Pozitivní příznaky znamenají, že u postiženého něco „přebývá“ - např. již zmíněné bludy a halucinace. Negativní příznaky naopak znamenají, že postižený má něčeho „nedostatek“ - např. nedostatek vůle či soudnosti.

První příznaky schizofrenie se dle Orla (in Orel a kolektiv, 2012:115) objevují během **adolescence**. Nemoc postihuje jak muže, tak ženy, přičemž u žen se příznaky objevují o něco později. U zhruba dvou třetin nemocných zkracuje schizofrenie délku života.

U některých nemocných si odlišností ve vývoji můžeme dle Orla (in Orel a kolektiv, 2012:115) povšimnout už v **dětství**. Je označováno jako **premorbidní období**, avšak vyskytovat se vždy nemusí. Negativní či alarmující příznaky (jako je třeba přehnaná vztahovačnost) se začínají objevovat až během **prodromálního období**.

K první psychotické epizodě dochází dle Orla (in Orel a kolektiv, 2012:115) razantně a náhle. Takováto situace vyžaduje většinou bezodkladnou hospitalizaci. Poté se pacient může uzdravit nebo dochází k dalším psychotickým epizodám v tzv. **atakách**. Mezi nimi se může pacientův stav vrátit do normálu nebo jsou zachovány **reziduální příznaky**.

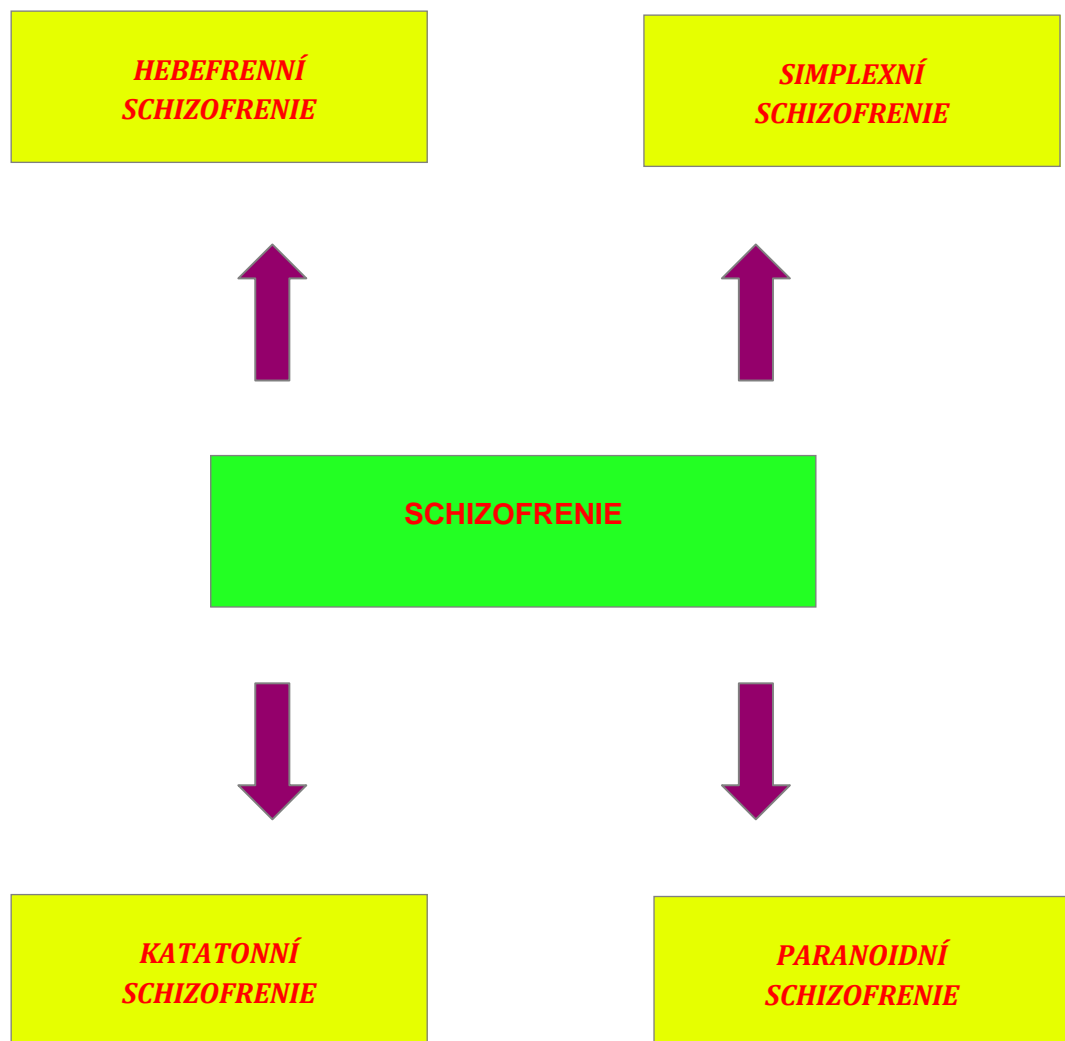
V nejhorším případě dochází ke **chronicko-progredientnímu průběhu**, kdy nemoc přetrvává nebo se dokonce zhoršuje.

První psychotická epizoda je dle Janoty a Hanzlíčka (in Kolektiv autorů, 1967:1305) spojena s výrazným stavem neklidu, silnou úzkostí a psychomotorickým vzrušením. Tento stav je třeba zvládnout co nejrychleji, neboť síly nemocného nejsou nevyčerpatelné!

Schizofrenie je velmi závažným onemocněním, které nelze zcela vyléčit. Její účinky však lze zmírnit natolik, že člověk, který tímto onemocněním trpí, může prožít plnohodnotný život. K tomu je zapotřebí nejen účinné farmakoterapie, ale také kvalitní psychoterapie a sociální práce. Také o tom budou pojednávat následující kapitoly.

1.1. Typologie schizofrenie

Podle Světové zdravotnické organizace (*WHO – World Health Organisation*) existuje hned deset forem schizofrenie, my se ale budeme zabývat čtyřmi nejzákladnějšími typy.



Obr. 1: Základní typy schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie (*schizophrenia hebephrenica*) je podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:185) na svém počátku spojena s obdobím dospívání a rané

dospělosti. Podobá se projevům puberty a je zde ve velké míře zastoupeno afektivní chování. Jsou-li přítomny také bludy a halucinace, pak mají velmi proměnlivou a fragmentární povahu.

Simplexní schizofrenie (*schizophrenia simplex*) je podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:186) charakteristická vysokou emoční oploštělostí a její nástup je spíše nenápadný.

Katatonní schizofrenie je podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:185) spojována především s motorickými projevy. Ty jsou buď zvýšené nebo naopak snižené. Řečový projev a chování působí značně stereotypním dojmem.

Paranoidní schizofrenie (*schizophrenia paranoides*) je podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:185) nejrozšířenějším typem schizofrenního onemocnění. Je charakteristický přítomností bludů (zejména paranoidními) a halucinací (zejména sluchovými), díky čemuž může být také snadno diagnostikovatelný.

Mezi další druhy schizofrenie patří podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:185) také:

- ✓ **nediferencovaná schizofrenie** (nemá žádné charakteristické rysy, jimiž by se odlišovala od ostatních forem)
- ✓ **reziduální schizofrenie** (chronický stav po odeznění akutních příznaků)

Podle Smolíka (1996:159) můžeme hovořit ještě o **postschizofrenní depresi**. Jedná se o depresivní epizodu, která nastoupí hned po odeznění schizofrenního onemocnění, přičemž některé z jeho příznaků stále přetrvávají.

1.2. Příznaky schizofrenie

O příznacích schizofrenie padlo několik zmínek již v předcházející kapitole, nyní se ale jimi budeme zabývat o něco podrobněji. Nejdůležitějším příznakem schizofrenie je podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:184) **kognitivní dysfunkce**. Její podstata spočívá v narušení kognitivních (resp. poznávacích) schopností. Člověk, který trpí

schizofrenií, má nejčastěji problémy s pamětí, jeho schopnost učit se je výrazně narušena (platí to zejména pro verbální učení) a nedokáže samostatně řešit zadané úkoly.

Kognitivní dysfunkce podle Kučerové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:193) často vede ke snížení kvality života. Nemocný není schopen samostatnosti, je pro něj obtížné, ba dokonce nemožné, najít a udržet si zaměstnání, protože má problémy se sociální i pracovní adaptací.

Další příznaky schizofrenie jsou dle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:185) **příznaky afektivní**. Těmito příznaky se rozumí zejména **deprese**. Ta je přítomna v každé atace a po jejím utlumení naopak nabývá na síle (statistiky uvádějí, že zhruba 10% lidí, kteří trpí schizofrenií, spáchá sebevraždu). Nemocný ztrácí dle Janoty a Hanzlíčka (in Kolektiv autorů, 1967:1304) zájem o okolní svět, tato ztráta zájmu má však na rozdíl od klasické deprese dlouhodobější charakter. Jsou ale i případy, kdy nemocný má naopak zájem o „všechno“, přičemž tento zájem může někdy přecházet až v agresivitu. Na rozdíl od člověka, který trpí klasickou depresí, nelze dle Mentzose (2005:87) schizofrenik k nějakému konkrétnímu objektu. Tento objekt totiž není ohraničený a ucelený. Pro schizofrenii bývá dle Janoty a Hanzlíčka (in Kolektiv autorů, 1967:1304) typická také emoční oploštělost a nestálost. Díky tomu je velmi nesnadné navázat s nemocným bližší kontakt.

Schizofrenie je také charakteristická tím, že výrazně narušuje **vnímání** postiženého. Ten mnohdy není schopen odlišit fikci od reality. Jak už bylo zmíněno, trpí také bludy a halucinacemi. Podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:187) je blud obvykle trvalý a má velmi různorodý obsah, přičemž obsah bludu v sobě odráží mnohé ze života postiženého.

Naopak halucinace mají především podobu **hlasů**, které ovšem slyší jen postižený. Tyto hlasy komentují chování postiženého, udělují mu nejrůznější příkazy a zákazy. A právě tím jsou velmi nebezpečné, protože mnohdy nutí k chování, které je třeba v rozporu s tím, co by dotyčný za normálních okolností nikdy neudělal. Přítomny mohou být také **zrakové halucinace**, které se mohou projevat tak, že nemocný je na každém svém kroku „provázen“ osobami, které ve skutečnosti neexistují.

Bludy a halucinace nemají podle Janoty a Hanzlíčka (in Kolektiv autorů, 1967:1304) konstantní povahu a často se o nich hovoří jako o **sekundárních příznacích** schizofrenie.

Podle Mundiera (2011:42) mohou právě bludy a halucinace výrazným způsobem znesnadňovat sociální práci s lidmi trpícími schizofrenií. Nemocný si totiž může osobu sociálního pracovníka spojit s obsahem bludů a halucinací a začít ji vnímat jako potenciální nebezpečí. A cítí-li se nemocný nějakým způsobem ohrožen, není vyloučena ani možnost fyzického napadení.

Člověk, který trpí schizofrenií, mívá také často **narušenou motoriku**. To se může projevat jak atypickým držením těla, tak nejistou chůzí. Lidé se schizofrenií také velmi často zanedbávají svůj zevnějšek (což lze ovšem říci i o lidech, kteří trpí depresemi) nebo si naopak pěstují **zevnějšek**, který by se dal označit za extravagantní. V některých případech dokonce mají tendenci k sebepoškozování. Tím nejsou myšleny suicidální pokusy, ale pořezávání si těla apod.

1.3. Výskyt schizofrenie v populaci

Schizofrenií trpí podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:182) zhruba 1% populace. Vyskytuje se ve stejné míře jak u mužů, tak u žen. Kulturní a geografické podmínky mají na podobu onemocnění jen minimální vliv. U mužů se první příznaky onemocnění objevují mezi **15. a 25. rokem** života, u žen pak mezi **25. a 35. rokem**. U žen se pak schizofrenie objevuje ve své mírnější formě a reakce na léčbu bývá lepší. Zhruba 50% pacientů hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách trpí schizofrenií. Pro úplnost je ještě třeba dodat, že schizofrenie je onemocněním, které většinou vede k úplné invaliditě.

Mezi slavnými osobnostmi, které trpěly schizofrenií, můžeme podle Kalába (2012:117) nalézt nositele Nobelovy ceny za ekonomii **Johna Forbese Nashe** (*1928), spisovatele **Philipa K. Dicka** (1928–1982) a **Jacka Kerouacka** (1922–1969), matematika a fyzika **Isaaca Newtona** (1642–1727), hudebního skladatele **Georga Friedricha Händela** (1685–1759) či dokonce **Janu z Arku** (1412–1431).

1.4. Příčiny schizofrenie

Čím je schizofrenie způsobena? Na tuto otázku je dodnes velmi obtížné nalézt jednoznačnou odpověď. Podle Orla (in Orel a kolektiv, 2012:121) lze příčiny hledat v rovině **biologické, psychologické i sociální**.

Výzkumy dle Orla (in Orel a kolektiv, 2012:121) ukázaly, že člověk, který trpí schizofrenií, má jinou strukturu mozku než zdravý člověk. Podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:183) je snížen objem některých částí mozku (*temporální lalok, amygdala, dorzolaterální prefrontální kortex*) a dochází k redukci bílé hmoty mozkové. Tyto příčiny lze přičíst **genetickým vlivům**.

Schizofrenie může být podle Orla (in Orel a kolektiv, 2012:122) zapříčiněna také **narušenou funkcí mozku**. To znamená, že různé části mozku jsou špatně propojeny (např. *pravá a levá hemisféra* či *prefrontální kůra a limbický systém*). Funkce mozku může být takovýmto způsobem narušena v důsledku infekce během těhotenství matky nebo komplikací při porodu.

Podle Orla (in Orel a kolektiv, 2012:122) existuje také teorie, která dává schizofrenii do souvislosti se **sociálním prostředím a mezilidskými vztahy**. Jsou autoři, kteří schizofrenii považují za druh psychického kolapsu.

Podle Janoty a Hanzlíčka (in Kolektiv autorů, 1967:1304) nelze příčiny schizofrenie hledat pouze za špatnými sociálními vlivy. Ty mohou onemocnění pouze zesilovat. Schizofrenie je spíše způsobena poruchami mozkové struktury a metabolismu umocněnými zvláštními dispozicemi. S nadsázkou by se tedy dalo říci, že léčit schizofrenii je o něco snazší než zjistit, co ji zapříčiňuje.

1.5. Léčba schizofrenie

V době před 20. stoletím byla schizofrenie dle Kalába (in Orel a kolektiv, 2012:120) léčena pomocí metod, které bychom mohli nazvat izolací, uvězněním, mučením či dokonce zabitím. Tyto „středověké“ metody byly postupně nahrazeny tzv. „fyziologickými šoky“.

Tento druh léčby spočíval ve vyvolávání horečných stavů, navozování kómat či elektrokonvulzoterapie.

Počátkem 50. let 20. století došlo dle Kalába (in Orel a kolektiv, 2012:120) v léčbě schizofrenie k zásadnímu převratu – byl objeven léčebný prostředek zvaný **chlorpromazin**. Následující dekáda se pak nesla ve znamení tzv. atypických antipsychotik, označovaných za „léky první volby“. Jinými slovy, farmakoterapie začala hrát v léčbě schizofrenie stále důležitější roli.

Léčba schizofrenie by se dle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:195) měla skládat hned z několika metod. Vedle **farmakoterapie** se totiž doporučuje také intenzivní **psychoterapie** a **sociální péče**. Schizofrenie totiž může výraznou měrou ovlivňovat sociální situaci nemocného (viz **obr. 3** a následující kapitoly).

Léčba je ale trochu komplikována tím, že průběh samotné schizofrenie se dělí na několik etap. A totéž platí o léčbě. Podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:195) se léčba schizofrenie dělí do následujících etap:

- ✓ akutní léčba
- ✓ fáze stabilizace
- ✓ fáze stabilní

Akutní léčba

Cílem této léčby je podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:195) co nejrychlejší **eliminace tzv. pozitivních příznaků** (viz kapitola **Charakteristika onemocnění schizofrenie**). Pacient totiž bývá agresivní, hyperaktivní, jeho mysl je zahlcována bludy a halucinacemi. Akutní léčba se tedy zaměřuje na nejnebezpečnější fázi schizofrenie.

Během akutní léčby jsou podle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:195) podávána nemocnému farmaka a zároveň by mělo dojít k sociální intervenci a zahájení psychoterapie. Je velmi důležité, aby bylo vytvořeno co nejoptimálnější prostředí pro léčbu. Nemocný potřebuje nejen účinné léky, ale také klid a podporu svého okolí. Jak

psychiatr, tak sociální pracovník by měl klást značný důraz i na spolupráci s rodinou postiženého. Akutní léčba trvá přibližně 4–8 týdnů.

Fáze stabilizace

Po odeznění akutních příznaků se stav nemocného výrazně zlepší. A cílem fáze stabilizace je dle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:196) **udržení tohoto stavu**. Nemocný obvykle odchází z hospitalizace, přesto ale stále ještě přetrvávají negativní příznaky a kognitivní deficit (ustupují během 6–12 měsíců), navíc může dojít k relapsu. I nadále pokračují psychoterapie a farmakoterapie. Během této etapy léčby je nutné dodávat nemocnému naději, co nejvíce jej podporovat a spolupracovat jak s lékaři, tak se sociálními pracovníky.

Fáze stabilní

Tato etapa léčby si dle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:196) klade za cíl především **předejít relapsu a dosažení i udržení remise**. Dávky psychofarmak jsou omezovány na nutné minimum a dochází ke stále častějším pokusům o resocializaci nemocného (pomoc při navazování nových sociálních kontaktů, pomoc při hledání vhodného zaměstnání apod.). Zároveň se doporučuje kognitivně-behaviorální psychoterapie.

Farmakoterapie aneb „záračné pilulky“

K rozvoji farmakoterapie došlo podle Tkáče (2008:5) už během 19. století. Současná farmako-terapie sestává dle Češkové (in Svoboda [ed.], Češková, Kučerová, 2006:195) z antipsychotik II. generace. Na rozdíl od klasických antipsychotik mají příznivější vliv na potlačení negativních a afektivních příznaků, jsou podstatně lépe snášena a pacient na ně pozitivněji reaguje. Mezi antipsychotika II. generace patří *klozapin*, *olanzapin*, *amisulprid*, *risperidon*, *zotepin*, *ziprasidon*, *quetiapin*.

2. NAPOMÁHAJÍCÍ PROFESE V PÉČI O NEMOCNÉ

V současné době sestává péče o osoby s duševním onemocněním nejen z péče lékařské. Tu totiž stále častěji doplňují dvě důležité napomáhající profese – sociální pedagogika a sociální práce. Podrobněji o nich bude pojednávat právě tato kapitola.

2.1. Sociální pedagogika

Sociální pedagogika vznikla podle Bakošové (2008:10) na přelomu 19. a 20. století. Její vznik byl vlastně reakcí na skutečnost, že v té době neexistovala věda, která by se zabývala vlivem biologických a sociálních faktorů na rozvoj osobnosti. Cílem tedy bylo prokázat tento vliv a zároveň určit místo sociální pedagogiky při stanovování společenských cílů výchovy.

2.2. Směry sociální pedagogiky

Sociální pedagogika byla podle Bakošové (2008:10) rovněž opozicí vůči individualistické výchově a dělila se na dva směry:

- ✓ praktický směr sociální pedagogiky
- ✓ teoretický směr sociální pedagogiky

Praktický směr sociální pedagogiky

Podle Bakošové (2008:10) se tento směr sociální pedagogiky zaměřoval na řešení společenských neduhů, jakými byla třeba chudoba, nevzdělanost a zaostalost. Zakladatelem sociální pedagogiky byl podle mnohých autorů švýcarský pedagog **Johann Heinrich Pestalozzi** (1746–1827). Pestalozzi byl znám jako zastánce chudých, zaostalých

a utiskovaných dětí. Ve svých nejznámějších pracech *Linhard a Gertruda* a *Jak Gertruda učí svoje děti* vyzdvihuje vliv prostředí na výchovu dětí.

Vedle Pestalozziho byl podle Bakošové (2008:11) další významnou osobností anglický pedagog **Robert Owen** (1771–1827). Ten zastával teorii, že společnost a její výchova mají zásadní vliv na rozvoj osobnosti. Byl zakladatelem Ústavu pro výchovu charakteru, jehož posláním bylo změnit chování člověka pomocí výchovy.

Podle Procházky (2012:43) usiloval Owen o vytvoření sociálně spravedlivého systému. Konkrétně hovoří o společenském zlu, které má své kořeny ve společnosti, a je tvořeno soukromým vlastnictvím. A toto společenské zlo plodí nenávisť, bídu a zločinnost. Owen rovněž kritizuje náboženství. Nepovažuje jej za *opium lidstva* jako **Karel Marx** (1818–1883), ale za něco, co narušuje přirozený vztah mezi mužem a ženou. Možná právě proto je Owen obecně považován za utopistu – přeje si vybudovat dokonalý a sociálně spravedlivý systém.

Teoretický směr sociální pedagogiky

Tento směr se podle Bakošové (2008:11) dělí na další dva směry:

- ✓ filosofický směr
- ✓ experimentální směr

Filosofický směr

K nejvýznamnějším představitelům tohoto směru patří podle Bakošové (2008:11) **Paul Natorp** (1854–1924). Tento filosof a pedagog byl prvním, kdo použil pojem **sociální pedagogika**. Jeho učení bylo výrazně ovlivněno již zmíněným J. H. Pestalozzím a kritikou herbatismu. Natorp byl přesvědčen o tom, že výchova by se měla zaměřit nejen na jedince, ale také na cíle společnosti. Jedině tak by se jedinec mohl stát plnohodnotným členem společnosti, ve které žije. Člověk bez společnosti totiž není člověkem (nelze si nevzpomenout na notoricky známé rčení, že „*člověk je tvor společenský*“).

Za jednoho z největších českých pedagogů bývá podle Bakošové (2008:11) označován **Gustav Adolf Lindner** (1828–1887). Lindner zastával názor, že sociální pedagogice se po vědecké stránce nedařilo z toho důvodu, že společnost kladla důraz spíše na jednotlivce.

Shodoval se s Pestalozzim v tom, že mnohé výchovné vlivy, které si ani neuvědomujeme, ovlivňují vychovávané víc než práce jejich vychovatelů.

Experimentální směr

Důležitým představitelem tohoto směru je podle Bakošové (2008:12) francouzský inženýr **Frederico La Play** (1805–1882). Ten kladl velký důraz především na rodinu, a to ve smyslu biologickém, sociálním, ekonomickém i výchovném. Zkoumal rodinu metodou pozorování a rozhovorů v jejím přirozeném prostředí. Na základě výsledků těchto vědeckých metod posléze vypracoval monografie rodin, které popisovaly jejich prostředí, příjmy či životní styl.

Vedle La Playe byl podle Bakošové (2008:12) dalším významným představitelem tohoto směru sociální pedagogiky **Paul Bergeman** (1826–1946). Svým založením byl spíše empirik a společnost vnímal jako organismus, který vznikl stejným způsobem jako organismy biologické. Byl toho názoru, že pedagogika může plnit pouze společenskou roli a nemůže být vědou o výchově. Prosazoval myšlenku veřejné výchovy dětí, o něž se nebyli schopni postarat jejich rodiče.

Z předchozích odstavců jasně vyplývá, že sociální pedagogika má velmi bohatou historii. Jinak se vyvíjela ve Velké Británii, jinak ve Francii, Itálii, Polsku či Československu. Každá tato země má alespoň jednoho významného představitele sociální pedagogiky. Nás ale bude zajímat pojetí sociální pedagogiky v současné době. A právě o tom pojednává následující kapitola.

2.3. Současné směry sociální pedagogiky

Jak už bylo řečeno v předchozí kapitole, sociální pedagogika je věda, která zkoumá **vliv biologických a sociálních faktorů na utváření osobnosti**. Podle Procházky (2012:65) ji lze označit za transdisciplinární obor, který se zabývá tím, jakou roli představuje ve výchově prostředí. Sleduje se, nakolik jedinec či nějaká sociální skupina zvládá konkrétní životní situace. Je třeba, aby jedinec a společnost, jejímž je členem, byli v určité rovnováze.

Podle Bakošové (2008:20) se sociální pedagogika dělí do následujících čtyř kategorií:

- ✓ sociální pedagogika zaměřená na vztahy mezi prostředím a výchovou
- ✓ sociální pedagogika zaměřená na výchovu a právem na ni
- ✓ sociální pedagogika jako pomoc lidem všech věkových kategorií
- ✓ sociální pedagogika zaměřená na odchylky sociálního chování

Sociální pedagogika zaměřená na vztahy mezi prostředím a výchovou

Tato kategorie sociální pedagogiky zkoumá dle Bakošové (2008:20) zpětnou vazbu mezi prostředím a výchovou v rámci volnočasových aktivit.

Sociální pedagogika zaměřená na výchovu a právem na ni

Reprezentanti tohoto směru (**J. L. Mees, I. Jacobi-Schmitz, J. Lukas**) se dle Bakošové (2008:20) zabývali především otázkou, zda je lepší děti vychovávat nebo je prostě „nechat růst“. Podle Procházky (2012:62) dospěli k závěru, že chceme-li dosáhnout určitého cíle, neobejde se výchova bez našich zásahů. Tyto zásahy musí být samozřejmě přiměřené a účelové.

Sociální pedagogika jako pomoc lidem všech věkových kategorií

Není pochyb o tom, že člověk se vzdělává a učí po celý svůj život. To je třeba si uvědomit a právě toto si uvědomuje i sociální pedagogika, která je dle Procházky (2012:62) v tomto kontextu **životní pomocí**. Pomáhá nejen dětem, ale i dospělým, ať už žijí v jakémkoliv prostředí. Tento směr je důležitý zejména v současné době, kdy je mezilidské solidarity velmi zapotřebí.

Sociální pedagogika zaměřená na odchylky sociálního chování

Tento proud sociální pedagogiky se podle Procházky (2012:63) zaměřuje především na sociální vlivy, které působí na výchovu a rozvoj osobnosti. Jsou charakterizovány jako sociálně patologické jevy a sociální deviace. Zjednodušeně řečeno, žije-li člověk v „nezdravém“ prostředí, je velmi pravděpodobné, že bude vést „nezdravý“ život. Cílem

sociální pedagogiky jsou v tomto případě sociálně rizikové skupiny lidí – např. dospívající mládež, lidé žijící v nuzných poměrech či cizinci žádající o azyl.

2.4. Vymezení sociální práce

Sociální práce je podle Mühlpachra (2006:7) vědeckou disciplínou, která pomocí specifických pracovních metod realizuje **péči o člověka na profesionální úrovni**. Je to soubor činností, které mají za cíl zachovat **celistvost člověka**, resp. zachovat jeho vztah k prostředí, v němž žije, společnosti, práci a vzdělání. Sociální práce má své kořeny v tak různorodých vědách jako jsou psychologie, filosofie, sociologie, pedagogika, ekonomie, právo či lékařství. Veškeré vědecké poznatky pak přenáší do praktické činnosti.

Protože podle Mühlpachra (2006:7) je sociální práce mnohem více praktickou aktivitou než klasickou vědou. Lze ji členit do následujících disciplín:

- ✓ užší pojetí sociální práce
- ✓ širší pojetí sociální práce
- ✓ sociální práce jako umění jednat s druhými
- ✓ sociální práce jako praktická metoda

Užší pojetí sociální práce

Tato kategorie sociální práce se podle Mühlpachra (2006:7) zaměřuje na **určitou skupinu lidí se specifickými potřebami** (např. dospívající mládež či duševně nemocní). Cílem je stanovit sociální diagnózu a na jejím základě pak realizovat sociální terapii. Výsledkem by pak měla být změna klientových postojů k jeho problémům a současně i změna jeho sociální situace. Svým způsobem by se tedy dalo říci, že tato kategorie sociální práce je „šita na míru“ jejímu „adresátovi“.

Širší pojetí sociální práce

Zatímco sociální práce v užším slova smyslu je zaměřena na klienta a jeho problémy, širší pojetí sociální práce dle Mühlpachra (2006:8) zahrnuje i **legislativu, systém sociálních dávek a jeho strukturu, organizaci sociální pomoci a spolupráci s jinými odborníky**, kteří se zabývají péčí o člověka. Toto pojetí zahrnuje také **dobrovolnickou činnost**, která je prováděna bezúplatně a na základě přesvědčení těch, kdo se na ní podílí.

Toto přesvědčení se opírá o hodnoty, jež bývají často označovány za hodnoty *křesťanské*. Potíž je v tom, že pojem křesťanství bývá dnes často spojován s učením nějaké církve či jiné náboženské instituce. Ale ve skutečnosti se jedná o velmi univerzální pojem, neboť vlastnosti jako empatie, soucit či ochota pomáhat druhým by měly být blízké každému slušnému člověku.

Sociální práce jako umění jednat s lidmi

Ten, kdo se věnuje sociální práci, by měl mj. umět **jednat s lidmi**. Podle Mühlpachra (2006:8) musí ovšem sociální pracovník nejen umět jednat s lidmi, ale také je vést a využívat při tom svých znalostí, dovedností a zkušeností. Sociální pracovník nejprve naváže kontakt se svým potenciálním klientem, posléze stanoví sociální diagnózu a teprve pak začne na něj výchovně působit. Sociální pracovník by navíc měl být nestranný, empatický, tolerantní a morálně založený.

Sociální práce jako praktická metoda

Sociální práce má dle Mühlpachra (2006:8) své zákonitosti, kterými se řídí a jejíž znalosti výrazně usnadňují orientaci v celém systému a radí, jak v konkrétní sociální situaci postupovat. Jinak totiž postupujeme při práci s duševně nemocnými, jinak při práci s tělesně postiženými a jinak např. s oběťmi domácího násilí či sexuálního obtěžování.

Která z výše uvedených kategorií sociální práce je nejdůležitější? Všechny jsou důležité stejně! Sociální práce by měla být zacílena nejen na konkrétní sociální skupiny, ale na celou společnost (viz nejrůznější preventivní programy). Měla by ke všem lidem přistupovat stejně, respektovat jejich práva a zachovávat jejich důstojnost.

Z výše uvedeného jasně vyplývá, že sociální práce může mít velmi různorodý charakter. Je metodou spíše praktickou, ale neobejde se ani bez teoretických znalostí. Pomáhá řešit jak problémy obecné (např. nezaměstnanost můžeme považovat za obecný problém, protože

ohrožuje významnou část populace), tak konkrétní (např. nezaměstnanost absolventů vysokých škol či nezaměstnanost ve vybraných regionech).

2.5. Metody sociální práce

Sociální práce je částečně **uměním**, částečně **vědou** a částečně **praktickou aktivitou**. A jako každá věda a každá činnost má i ona své metody. Metodou se dle Mühlpachra (2006:10) rozumí způsob, jak dosáhnout určitého cíle. Zjednodušeně řečeno, metoda je jakýmsi „návodem“. A protože má sociální práce velmi různorodý charakter, má i více metod.

Podle Mühlpachra (2006:11) má sociální práce následující tři metody:

- ✓ individuální sociální práce
- ✓ skupinová sociální práce
- ✓ komunitní sociální práce

Individuální sociální práce

Tato metoda sociální práce se zaměřuje na **jedince**, nikoliv na celou společnost. Každý jedinec má totiž své specifické potřeby, schopnosti a povahové rysy. A toto všechno je třeba brát v potaz, chceme-li být při práci s ním úspěšní.

Skupinová sociální práce

Sociální práce se nemusí zaměřovat pouze na jednotlivce, ale také na **skupinu lidí**, kteří mají podobné vlastnosti, potřeby a spojuje je tentýž problém. Jako příklad lze uvést třeba osoby s drogovou závislostí či osoby tělesně a duševně postižené. Právě sem můžeme zařadit také osoby, které trpí schizofrenií.

Komunitní sociální práce

Komunita se od skupiny liší tím, že její členové mají nejen podobné vlastnosti, potřeby a problémy, ale obývají také tentýž prostor. Komunitou můžeme rozumět třeba různé etnické menšiny. Tato metoda sociální práce je podle Mühlpachra (2006:11) ze všech tří metod nejmladší a má výrazně sociologický charakter.

2.6. Zaměření sociální práce v současné době

Současná sociální práce se dle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:184) opírá především o pojem zvaný **sociální fungování**. Cílem je nejen to, aby jedinec byl schopen uspokojovat základní životní potřeby, ale také to, aby si prostředí, ve kterém žije, mohl těmto potřebám uzpůsobovat. Důležitou roli zde ovšem hraje i stát a státní instituce, neboť také ony vytvářejí již zmíněné prostředí pro život.

Pod pojmem sociální fungování si lze dle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:185) představit mnohé. Může to být:

- ✓ interakce mezi lidmi a prostředím, ve kterém žijí
- ✓ nároky, které toto prostředí na člověka klade
- ✓ nerovnováha mezi lidmi a prostředím, která nastane, když lidé nejsou schopni splnit nároky, které jsou na ně prostředím kladeny
- ✓ schopnost či neschopnost lidí zmíněnou rovnováhu znovu nastolit
- ✓ rozpor mezi schopností člověka splňovat nároky kladené prostředím a přiměřeností těchto nároků
- ✓ intervence ze strany sociálního pracovníka, která vede k tomu, aby byl klient schopen splňovat nároky, které na něj prostředí klade, a udržovat dále znovu nastolenou rovnováhu

Podle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:186) je důležité, aby si sám sociální pracovník ujasnil, které z výše uvedených faktorů považuje za nejdůležitější a které v situaci jeho klienta hrají nejvýznamnější roli.

2.7. Sociální práce a její paradigmatata

Podle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:187) přineslo 20. století trojici přístupů v oblasti sociální práce. Tyto přístupy bývají označovány jako **paradigmatata**. Každé z těchto paradigmat vychází z odlišné filosofie, každé se v praxi vyznačuje jiným fungováním.

V sociální práci rozlišujeme dle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:187) tato paradigmatata:

- ✓ sociální práce jako terapeutická pomoc
- ✓ sociální práce jako reforma společenského prostředí
- ✓ poradenské paradigma sociální práce

Sociální práce jako terapeutická pomoc

Toto paradigma klade dle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:187) důraz především na **duševní zdraví a pohodu**. Je třeba pomoci lidem ve vytváření takového prostředí, které jim dá pocit štěstí a bezpečí. Vyzdvihuje se také důležitost kvalitních mezilidských vztahů a komunikace. Mezilidské vztahy jsou vnímány jako určitá forma interakce a komunikace, která je prostředkem k ovlivňování kvality života.

Sociální práce jako reforma společenského prostředí

Filosofie tohoto paradigmatu vychází ze **sociální nerovnosti a myšlenky sociální reformy**. Sociální fungování je dle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:187) výrazně ovlivněno nerovností ve společnosti. Dokud se nepodaří tuto nerovnost odstranit, nebude možné dosáhnout u všech lidí sociálního rozvoje. Sociální práce by v tomto případě měla dosáhnout toho, aby se co nejvíce lidí mohlo zapojit do utváření podoby společnosti. Z praxe ale víme, že takovýchto cílů není snadné dosáhnout. Společenská nerovnost tu

existovala vždycky a zcela vymýtít se jí nepodaří nikdy. Stačí nahlédnout do nejrůznějších historických období (v této souvislosti je nemožné nevzpomenout si na učení Karla Marxe a jeho filosofii *třídního boje*).

Poradenské paradigma sociální práce

Toto paradigma lze podle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:188) označit za **sociálně-právní pomoc**. Cílem je pomáhat lidem v prosazování a vymáhání jejich práv. Vytváří postupy jak tohoto dosáhnout a zároveň plní i jakousi „vzdělávací“ funkci. Ne každý člověk totiž zná všechna svá práva. Určitě zná ale úsloví, které zní: *Neznalost práva neomlouvá*. Na druhou stranu je pravda, že orientace v současném byrokratickém systému je velmi obtížná.

Ptá-li se někdo, které z těchto paradigmat je pro sociální práci nejdůležitější, pak by se dalo odpovědět, že jsou všechna (podobně jako disciplíny sociální práce, viz kapitola 2.4. *Vymezení sociální práce*) důležitá stejně. Určitě se lze setkat i s opačnými názory, ale stejně tak je možné říci také to, že sociální práce by se neměla omezovat na „pouhé“ poradenství, ale také by měla zahrnovat konkrétní metody, s jejichž pomocí je možné dosáhnout zlepšení klientovy situace, či návrhy, jak zefektivnit samotný systém sociální pomoci a sociálních služeb.

2.8. Sociální práce a její dilemata

Sociální práce má nejen svá paradigmata, ale také **dilemata**. Podle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:189) se objevila během 19. a 20. století v podobě několika protichůdných tendencí.

V oblasti sociální práce rozlišujeme dle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:189) následující dilemata:

- ✓ formalizace *versus* deformalizace
- ✓ profesionalizace *versus* deprofesionalizace
- ✓ normativnost *versus* nenormativnost

- ✓ pomoc *versus* sociální kontrola
- ✓ polyvalence *versus* specializace
- ✓ sociální práce jako věda *versus* sociální práce jako umění

Formalizace *versus* deformalizace

Ještě v 19. století spadala dle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:189) sociální práce do oblasti charity a církve, během 20. století začalo docházet k jejímu propojování se státní správou. Jinými slovy, sociální práce přestala být už „jen“ charitativní a dobrovolnickou aktivitou, ale stala se součástí činnosti státu.

Profesionalizace *versus* deprofesionalizace

Sociální práce se během 20. století stala profesí, proto tedy mluvíme o tzv. profesionalizaci. Objevují se však názory, které tuto skutečnost kritizují. Podle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:190) by mělo být i laikům umožněno věnovat se sociální práci v praxi.

To je sice zajímavá myšlenka, ale jak už bylo řečeno v předchozích kapitolách, sociální práce je do jisté míry uměním. Uměním jednat s lidmi, uměním empatie, uměním zachovávat klid i v těch nejvypjatějších situacích. A stejně jako ne každému je dáno schopnosti estetického cítění či matematického myšlení, není každému dáno výše uvedených schopností.

Normativnost *versus* nenormativnost

Často se můžeme setkat s názorem, že mezi poslání sociální práce patří resocializace sociálně vyloučených osob. Podle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:191) to lze vysvětlit i tak, že by se lidé, kteří stojí mimo *mainstream*, měli *mainstreamu* přizpůsobit.* Jenže je třeba si uvědomit, že každý člověk je součástí nějaké kultury či společenské třídy. A tak by mělo být respektováno jeho právo být součástí této kultury či společenské třídy a neměl by být nucen k jednání, které by bylo v rozporu s jeho právem na sebeurčení.

**Toto není názor citovaného autora, ale interpretace jeho vysvětlení konkrétního dilematu*

Pomoc versus sociální kontrola

Toto dilema ilustruje podle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:191) rozdíl mezi tím, jak sociální práci vnímá ten, kdo ji vykonává (např. sociální pracovník nebo pečovatel), a stát. Pro sociálního pracovníka je sociální práce způsobem, jak pomáhat druhým, kdežto stát v ní může spatřovat způsob, jak nad jinými lidmi získat kontrolu.

Není na škodu připomenout si působení Jaromíra Drábka ve funkci ministra práce a sociálních věcí. Ten mj. navrhoval, že chce-li někdo i nadále využívat svého práva na pobírání sociálních dávek, musí si nejprve zažádat o zřízení tzv. *sociální karty (sKarty)*. To může být do jisté míry vnímáno jako pokus o získání kontroly nad určitou skupinou obyvatelstva. Není tedy divu, že byl tento projekt kritizován nejrůznějšími iniciativami, představitele *Národní rady osob se zdravotním postižením ČR* nevyjímaje.*

Polyvalence versus specializace

Otázka zní: Na koho by se sociální práce měla zaměřit? Podle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:192) jde o to, zda by se sociální služby měly poskytovat jen určité skupině lidí (např. mladiství, etnické menšiny, drogově závislí) nebo úplně všem, kteří je potřebují.

Sociální práce jako věda versus sociální práce jako umění

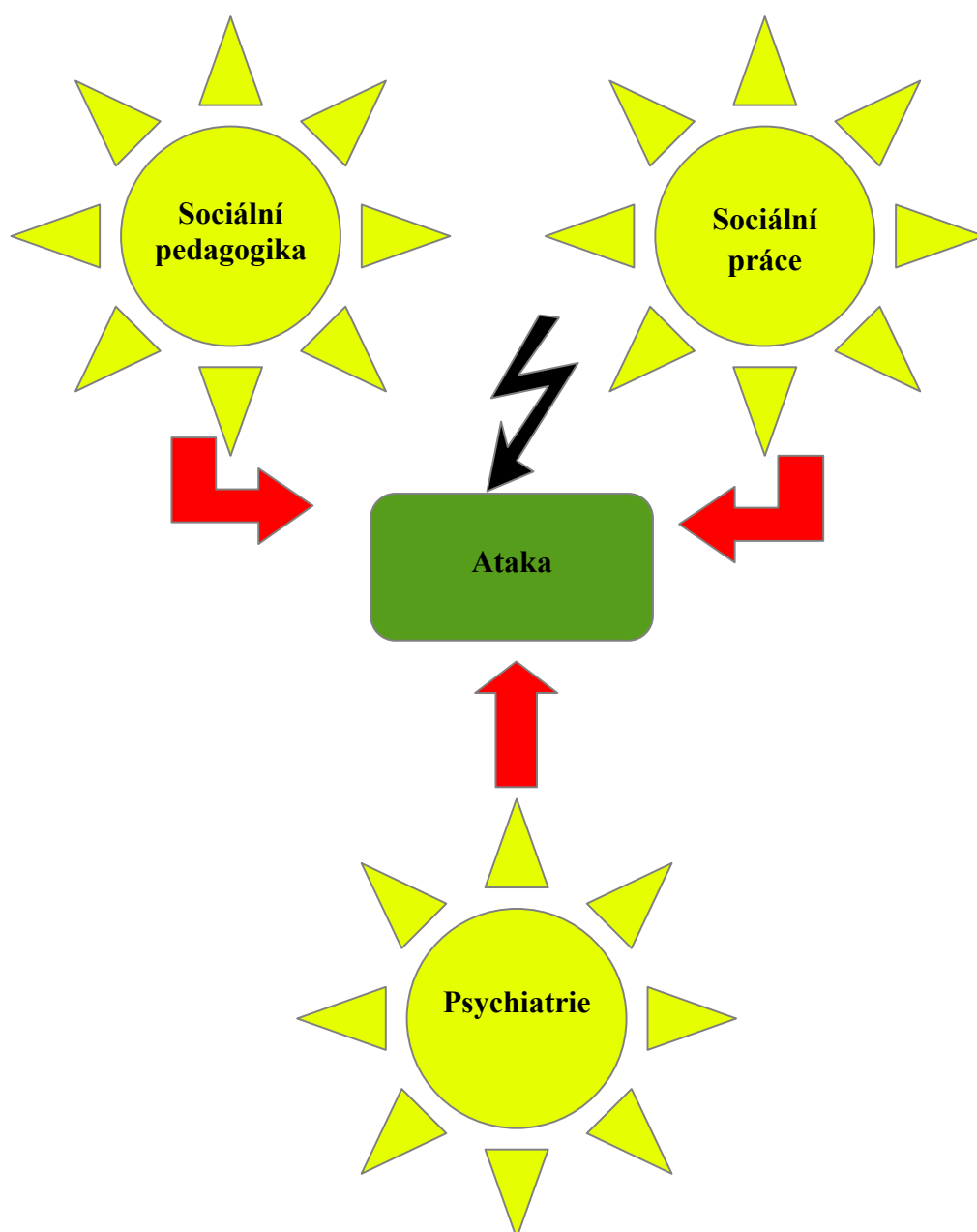
Na tomto místě bych mohl uvést to, co už jsem uvedl u jednoho z předchozích dilemat (*profesionalizace versus deprofesionalizace*). Podle Navrátila (in Matoušek a kol., 2007:192) je sociální práce vědou, protože vychází z celé řady učení a teorií. Uměním je zase z toho důvodu, že ten, kdo ji vykonává, by měl disponovat určitými vlastnostmi (empatie, komunikativnost, schopnost zachovat klid v extrémních situacích).

Které z těchto šesti dilemat si zaslouží nejvíce pozornosti? Pozornost bychom měli věnovat všem. A všem by měla sloužit i sociální práce. Ta byla dříve spojována spíše s církvemi a nejrůznějšími charitativními organizacemi, kdežto dnes je garantována i státem a jeho institucemi. V tom lze spatřovat určitý společenský pokrok, na druhou stranu je ale třeba říci, že v dnešní materiální době se na nutnost a smysl sociální práce poněkud zapomíná. Zároveň je sociální práce v mnoha zemích nedostatečně financována.

*Tento odstavec vyjadřuje ryze osobní názor autora bakalářské práce

3. SPECIALIZOVANÁ INTERVENCE V SOCIÁLNÍCH SOUVISLOSTECH

V předchozích kapitolách bylo podrobněji popsáno, jaké jsou typy a příznaky schizofrenie. Bylo rovněž uvedeno, jakým způsobem ovlivňuje schizofrenie schopnosti a chování nemocného a jakým způsobem ji lze léčit. Vyjmenovány byly také profese, které společně s medicínou pomáhají nemocnému k tomu, aby mohl zase – v mezích svých možností – fungovat v životě.



Obr. 2: Profese, které pomáhají osobám se schizofrenií

Tato kapitola se bude detailně věnovat tomu, jak by se mělo při pomoci osobám se schizofrenií postupovat a jakým způsobem lze docílit zlepšení jejich zdravotního stavu a sociální situace.

3.1. Krizová intervence

Dojde-li u osoby trpící schizofrenií k psychotické epizodě (*atace*), je třeba co **nejrychleji zasáhnout**. Akutní psychotické stavy mají podle Lorence (in Vodáčková a kol., 2007:407) téměř vždy za následek hospitalizaci v psychiatrické léčebně, přičemž nemocný je do ni umístěn mnohdy proti své vůli. V rozporu s právem to ovšem není, neboť občanský zákoník toto umožňuje, je-li hospitalizovaný hrozbou jak pro své okolí, tak sám pro sebe. U převozu do léčebny bývá přítomna rovněž policie a zaměstnanci záchranné služby. Během následujících 24 hodin pak musí soud rozhodnout, zda bude v nedobrovolné léčbě i nadále pokračováno.

Jak poznáme, že došlo k akutní psychotické epizodě? Nemocný se začne chovat „divně“, má pocit ohrožení (i na životě), může se chovat agresivně vůči svému okolí (vyloučeny nejsou ani fyzické útoky), je výrazně podrážděný a afektovaný. V této fázi choroby je tedy vůbec nejnebezpečnější.

Má-li nemocný pocit ohrožení, může rovněž využít služeb telefonické krizové pomoci. Poskytovatel těchto služeb mu zpravidla poradí, co má v takovéto situaci dělat, na koho se obrátit a kde hledat útočiště. Linku důvěry však podle Lorence (in Vodáčková a kol., 2007:408) mnohdy využívají spíše příbuzní osob, kteří vykazují znaky schizofrenního onemocnění.

Jak už bylo řečeno, nemocný se často může hospitalizaci bránit. Je to zajímavý paradox. Na jednu stranu se cítí být v ohrožení, na stranu druhou znemožňuje druhým, aby mu pomohli. Není si totiž jistý tím, zda člověk, který mu chce pomoci, není ve skutečnosti jeho „nepřítelem“. Podle Lorence (in Vodáčková a kol., 2007:409) je úspěch intervence přímo úměrný schopnostem intervenujícího. Intervenující by měl umět zachovat klid v takto vyhocených situacích, nedat najevo případný strach a být schopen odhadnout rozsah hrozícího nebezpečí.

3.2. Intenzivní psychiatrická péče

V úvodu předchozí kapitoly již byla řeč o tom, že akutní psychotická epizoda (*ataka*) často vede k hospitalizaci, která zahrnuje intenzivní psychiatrickou péči. Intenzivní psychiatrická péče by podle Beera, Pereiraho a Patona (2005:21) měla splňovat tři důležitá kritéria.

Prvním z těchto kritérií je podle Beera, Pereiraho a Patona (2005:21) intenzivní péče, kterou zajišťuje personál psychiatrického oddělení. Jeho úkolem je vykonávat nad pacientem **neustálý dohled** (aby si např. nemohl ublížit) a **regulovat** jeho chování (když se např. chová agresivně). Přítomen na oddělení musí být také psychiatr, který provádí diagnózu, sestavuje plán léčby a posléze kontroluje její průběh.

Druhým kritériem je dle Beera, Pereiraho a Patona (2005:21) zajištění **vhodného prostředí k léčbě**. Nemocný potřebuje především klid, pocit bezpečí, důvěry a naděje na zlepšení svého stavu a také možnost věnovat se duševní hygieně (např. hraní společenských her).

Třetí kritérium bychom pak podle Beera, Pereiraho a Patona (2005:21) mohli nazvat **bezpečnostním**. To znamená, že je třeba zajistit bezpečí jak pro nemocného, tak pro ty, kteří s ním pracují nebo s ním přichází do styku.

3.3. Psychoterapie a farmakoterapie

Osoba trpící schizofrenií se jen stěží obejde bez psychoterapie a farmakoterapie. Nemoc vyžaduje, aby byla pod neustálým lékařským dohledem. Co je třeba k tomu, aby psychoterapie a farmakoterapie byly úspěšné?

V první řadě je třeba, aby nemocný choval vůči svému lékaři (psychiatrovi či psychoterapeutovi) důvěru. Dosáhnout tohoto cíle není jednoduché, nicméně je-li psychiatr či psychoterapeut opravdu zkušený a empatický, výsledek jeho úsilí nezůstane bez pozitivní odezvy.

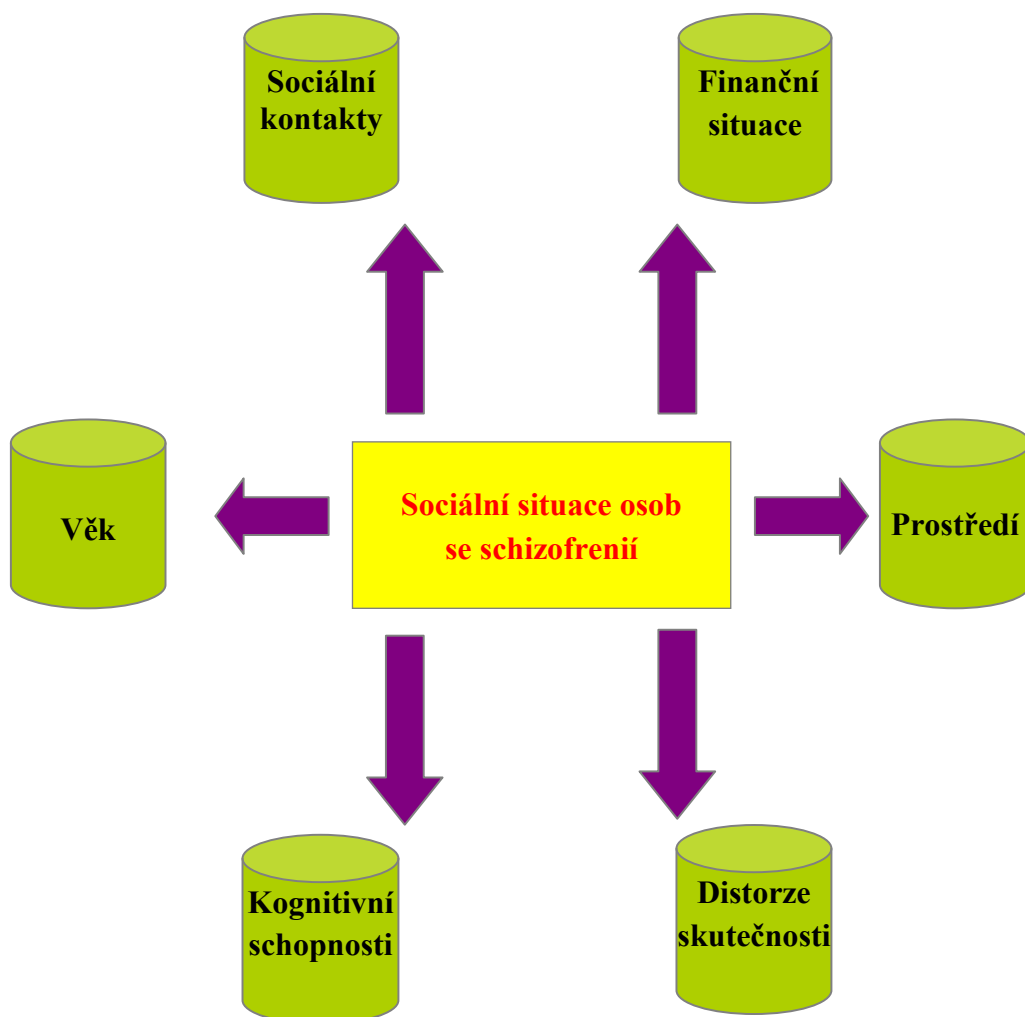
Dalším důležitým předpokladem k úspěšné léčbě je volba správných psychofarmak (o nichž podrobněji pojednává kapitola **1.5. Léčba schizofrenie**). Ta však často mívají i nežádoucí účinky. Zvýšený pocit únavy nemusí být u schizofreniků dle Mundiera (2011:46) způsoben samotným onemocněním, ale jedním z vedlejších příznaků psychofarmak. V některých případech mohou mít tato psychofarmaka za následek rovněž přibývání na váze, nechť k jídlu či potíže se zažíváním. Nemocného to může často vést k tomu, že léky jednoduše vysadí, což následně vede k prudkému zhoršení jeho zdravotního stavu (nelze vyloučit další psychotické epizody).

Cílem psychoterapie je podle Hellerové (in Zvolský a kol., 1994:132) pomoc člověku k dosažení pocitu duševního klidu. Psychoterapie má funkci jak preventivní, tak léčebnou. Mluvíme-li ale o osobách se schizofrenií, je zcela jasné, že v jejich případě bude psychoterapie plnit funkci **léčebnou**. Předpokladem úspěšné psychoterapie je však ochota člověka, jemuž má pomoci, spolupracovat.

O tom, v čem spočívá sociální práce se schizofreniky, jsem psal už ve své absolventské práci. Nyní se tomuto aspektu budeme věnovat podrobněji. V první řadě je třeba zmínit faktory, které mohou mít vliv na sociální situaci osob se schizofrenií. Těch je hned několik a všechny budou popsány v následující kapitole.

3.4. Determinanty sociální situace nemocných

Z předchozích kapitol je zřejmé, že sociální situace osob se schizofrenií musí být velmi složitá. Existuje celá řada faktorů, které ji ovlivňují a je velmi obtížné říci, který z nich hraje ve finále nejzásadnější roli. Tato kapitola se bude zabývat hned šesti, z nichž některé spolu velmi úzce souvisí.



Obr. 3: Faktory ovlivňující sociální situaci osob se schizofrenií

Sociální kontakty

Vliv na sociální situaci osob se schizofrenií má i to, **s kým se tyto osoby stýkají a s kým žijí**. Podle Mundiera (2011:47) mají lidé trpící schizofrenií velmi často potíže **s udržováním stávajících mezilidských vztahů a navazováním mezilidských vztahů nových**. Schizofrenie se totiž – jak už bylo řečeno v následujících kapitolách – výrazně odráží na chování nemocného. Nemocný může mít problémy se soustředěním, působí nezúčastněně a roztěkaně. Bludy a halucinace je nutí žít v úplně „jiném“ světě, než v jakém žije zdravý člověk.

Míru sociálních kontaktů pak podle Mundiera (2011:47) ovlivňuje také to, zda nemocný má nějaké **zaměstnání**. V případě že ano, je šance na navázání nových sociálních kontaktů výrazně vyšší. Ale získat zaměstnání bývá pro člověka trpícího schizofrenií velmi obtížné. A ještě obtížnější je pro něj si zaměstnání udržet. Proto v České republice existuje několik neziskových organizací a občanských sdružení, které provozují tzv. **chráněná zaměstnání** (viz dále).

Finanční situace

Jak už bylo řečeno, duševně nemocný člověk obecně může mít narušené pracovní dovednosti, což vede mnohdy k tomu, že nemá tolik finančních prostředků a někdy se může ocitnout až v **hmotné nouzi**. Tato skutečnost má dle Mundiera (2011:48) za následek i vznik **problému s bydlením**. Nežije-li nemocný s rodinnými příslušníky (či jinými blízkými osobami), musí žít pouze ze svého invalidního důchodu a sociálních dávek. Otázkou ale je, zda invalidní důchod a sociální dávky dosahují vždy takové výše, aby nemocný mohl plně uspokojit všechny své osobní potřeby.

Věk

Čím je člověk starší, tím obtížněji se může učit, reagovat na nejrůznější podněty a přizpůsobovat se prostředí, ve kterém žije. Jinak tomu není ani u osob s duševním onemocněním (třeba právě se schizofrenií). Jestliže stárí s sebou může přinášet úbytek kognitivních schopností, pak u osob se schizofrenií je situace ještě mnohem horší. V jedné z předchozích kapitol (**1.2. Příznaky schizofrenie**) bylo uvedeno, že člověk, který trpí schizofrenií, má často problémy s **pamětí**, je snížena jeho **schopnost učit se novým věcem** a při řešení některých úkolů se jen stěží obejde bez **pomoci druhé osoby**.

Prostředí

Jak sociální pedagogika, tak sociologie či psychiatrie si jsou vědomy faktu, že prostředí má na člověka obrovský vliv a formuje jeho osobnost (již Jan Werich říkal, že „*prostředí je důležitý činitel*“). Povaha tohoto prostředí může mít u duševně nemocných vliv i na samotnou léčbu (např. její délku či účinnost). Jestliže člověk trpící schizofrenií žije v **problémovém prostředí** (např. žije s osobou závislou na alkoholu, ve vyloučené lokalitě, v regionu s vysokou nezaměstnaností atd.), může se velmi lehce stát, že se bude potýkat s celou řadou problémů, které se posléze odrazí na jeho už tak dost vážném zdravotním stavu.

Sociální práce s osobou trpící schizofrenií by se podle Mundiera (2011:49) měla opírat také o **spolupráci s rodinou nemocného** (případně i s jeho nejbližšími přáteli). Jenže tato spolupráce bývá často obtížná, pokud vůbec nějaká. Příbuzní nemocného totiž o ni mnohdy nemají zájem a pokud jej přeci jen nakonec projeví, nemusí být spolupráce vždy konstruktivní. A vyloučit nelze ani to, že sám nemocný si nepřeje, aby o něm jeho příbuzní s někým mluvili. Buď proto, že se stydí, nebo proto, že za tím vidí nějaké spiknutí.

Kognitivní schopnosti

Sociální situace osob se schizofrenií může být výrazně ovlivněna tím, nakolik jsou oslabeny jejich **kognitivní schopnosti**. Čím více jsou tyto schopnosti zasaženy, tím více jsou závislé na pomoci druhých. O tom byla řeč už v jednom z předchozích odstavců (**věk**).

Distorze skutečnosti

Čím hůře rozeznává osoba se schizofrenií skutečné od neexistujícího (což ovlivňují bludy a halucinace), tím větší to má dopad na její sociální situaci. Jak už bylo nejednou řečeno, osoby se schizofrenií vnímají realitu poněkud **odlišněji** než ostatní lidé. Jsou pronásledováni bludy a halucinacemi, za vším vidí komplot a mívají pocit ohrožení na životě. To je činí velmi nebezpečnými pro jejich okolí, což v extrémních případech vede až k **sociální izolaci**. Ne náhodou se schizofrenici vyskytují i mezi bezdomovci.

Z výše uvedeného jasně vyplývá, že jednotlivé faktory spolu velmi úzce souvisejí a mnohdy se i vzájemně doplňují. Dalo by se dokonce říci, že osoby se schizofrenií se mnohdy pohybují v „bludném kruhu“, ze kterého není snadné uniknout. Naštěstí žijeme v době, kdy je **medicína** na špičkové úrovni, **sociální práce** je poměrně rozšířenou profesí

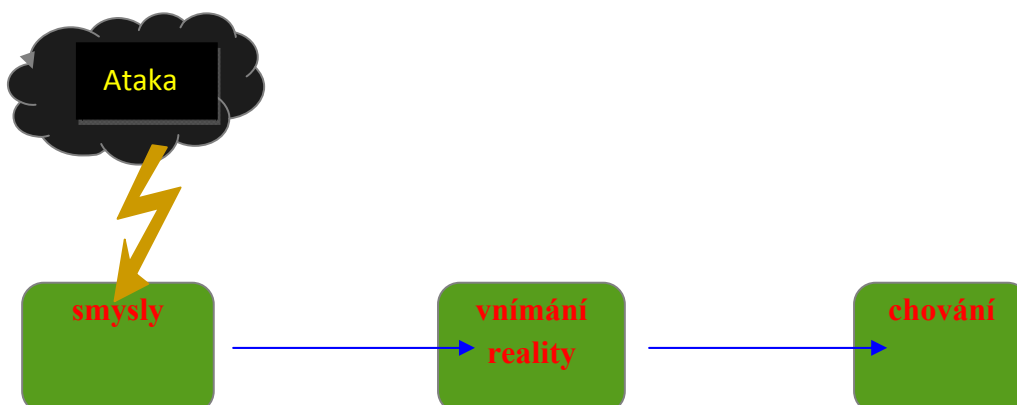
a **sociální pedagogika** nabývá na obrovském významu. A spolupráce těchto tří věd může leccos změnit k lepšímu.

3.5. Sociální pracovník a sociální pedagog jako partner a pomocník

V předchozích kapitolách (2.4. *Vymezení sociální práce* a 2.5. *Metody sociální práce*) byla řeč o tom, že existuje několik pojetí sociální práce a zároveň i několik metod, které tato vědecko-praktická disciplína uplatňuje.

Je zřejmé, že práce s duševně nemocnými lidmi by měla zapadat spíše do **širšího pojetí** sociální práce, protože duševně nemocný člověk potřebuje pomoc nejen v procesu **resocializace**, ale také při **uplatňování svých práv**. Potřebuje pomoc při komunikaci s úřady a jinými institucemi a při orientaci v legislativním systému.

Sociální pracovník by měl mít při práci s osobami, které trpí schizofrenií, na paměti, že toto onemocnění do značné míry ovlivňuje **poznávací procesy**. Podle Kohoutka (2007:25) lze vnímání definovat jako proces, který je odrazem předmětů a jevů působících na **lidské smysly** (zrak, sluch, chuť atd.). Bludy a halucinace (ať už sluchové nebo zrakové) ovlivňují u schizofreniků některé z těchto smyslů a tato skutečnost se pak odráží na jejich **vnímání reality**. A způsob, jakým realitu vnímají, pak ovlivňuje jejich **chování**.



Obr. 4: Vliv poznávacích procesů na chování osob se schizofrenií

U schizofreniků je podle Fromm-Reichmannové (2003:88) navíc nutné si uvědomit odlišnost jejich obranných mechanismů. Osoba se schizofrenním onemocněním reaguje na stavy bolesti a úzkosti jinak než člověk, který tímto onemocněním netrpí. Jeho reakce bývají **intenzivnější a nepřiměřené dané situaci**.

Sociální komunikace

Vše, co je uvedeno v předcházejících odstavcích této kapitoly, by mělo být sociálním pracovníkem či sociálním pedagogem bráno v potaz při komunikaci s osobou, která trpí schizofrenním onemocněním. Podle Gillernové (in Komárková, Slaměník, Výrost (Eds.), 2001:46) lze komunikaci považovat za druh vyjádření **sociální interakce**. **Sociální komunikace** pak demonstruje naše **vnímání, chápání a způsob, jakým posuzujeme sebe a druhé**.

Podle Gillernové (in Komárková, Slaměník, Výrost (Eds.), 2001:47) se sociální komunikace dělí na dva následující typy:

- ✓ verbální komunikace
- ✓ neverbální komunikace

Verbální komunikaci můžeme zjednodušeně nazvat **komunikací slovem**, **neverbální komunikace** je založena na **gestech a mimice**. Oba typy komunikace se vzájemně doplňují a jeden umocňuje druhý. Komunikujeme-li se schizofrenikem, musíme být obzvláště opatrní, protože i to sebenevinnější gesto může být vnímáno jako projev nepřátelství.

Práce se schizofreniky vyžaduje často také komunikaci s jejich nejbližšími, tj. rodinou a přáteli. Také při ní je třeba být velmi obratný a opatrný. Rodinní příslušníci nemocného často pociťují hněv (nedokáží se smířit s tím, proč právě oni musí mít ve svém kruhu takto nemocného člověka) nebo stud. To často vede k tomu, že nejsou ochotni spolupracovat.

S těmito problémy se samozřejmě potýkají nejen sociální pracovníci a sociální pedagogové, ale také psychiatři či psychoterapeutové. Proto je žádoucí, aby si zmíněné profesní skupiny – mají-li k tomu příležitost – vzájemně pomáhaly.

Smysluplné využití volného času

Nejprve definujme pojem volný čas. Podle Touška (in Mühlpachr, 2007:215) je volný čas jakýmsi **zbytkem** z celkového času, jehož převážnou část trávíme plněním svých **povinností** (ať už jsou to povinnosti pracovní, studijní nebo rodičovské). Podle druhé, pozitivněji laděné definice, je volný čas dobou, během níž se může člověk realizovat prostřednictvím **odpočinkových aktivit** a věnovat se tzv. **duševní hygieně** (např. četba, návštěva kina či divadla, jogging atd.).

Problémem většiny duševně nemocných lidí je, že mají dost volného času a neumí jej smysluplně využít. Je to způsobeno jejich **oslabenou vůlí** (ta bývá mnohdy důsledkem **vedlejších účinků léků**), **omezenými sociálními kontakty** či určitou **apatíí**, kterou u nich způsobuje depresivní nálada. Naštěstí existují různá občanská sdružení, která takto nemocným lidem umožňují smysluplné trávení volného času, ať už prostřednictvím chráněných dílen, různých zájmových kroužků nebo i schůzek s dobrovolníky v kavárnách. I v tomto směru se jim může dostat značné pomoci ze strany sociálního pracovníka či sociálního pedagoga.

Doprovázení

Závažná duševní onemocnění (včetně schizofrenie) vedou často k tomu, že postižený je – ať už částečně nebo zcela – zbaven **svéprávnosti**. To mj. obnáší, že dotyčná osoba nemůže činit právní úkony a musí jí být přidělen zákonný zástupce. Tímto zástupcem může být jak osoba blízká (např. rodinný příslušník), tak třeba právě **sociální pracovník**.

Sociální pracovník či sociální pedagog však může v životě nemocného sehrát ještě jednu velmi důležitou roli. Osoba trpící schizofrenií totiž mnohdy nemá přehled o svých právech a neví, jak se jich domáhat. Sociální pracovník či sociální pedagog pomáhá klientovi zorientovat se v **legislativním systému** a poučuje ho o jeho **právech**.

Chráněná zaměstnání a chráněné dílny

Osoby, které trpí nějakým duševním onemocněním (a platí to zejména o schizofrenicích), má narušené pracovní dovednosti. Zapřičiňují to jak samotné symptomy onemocnění (bludy, halucinace), tak skutečnost, že jsou na nějakou dobu umístěni do zdravotnického zařízení či domácího léčení.

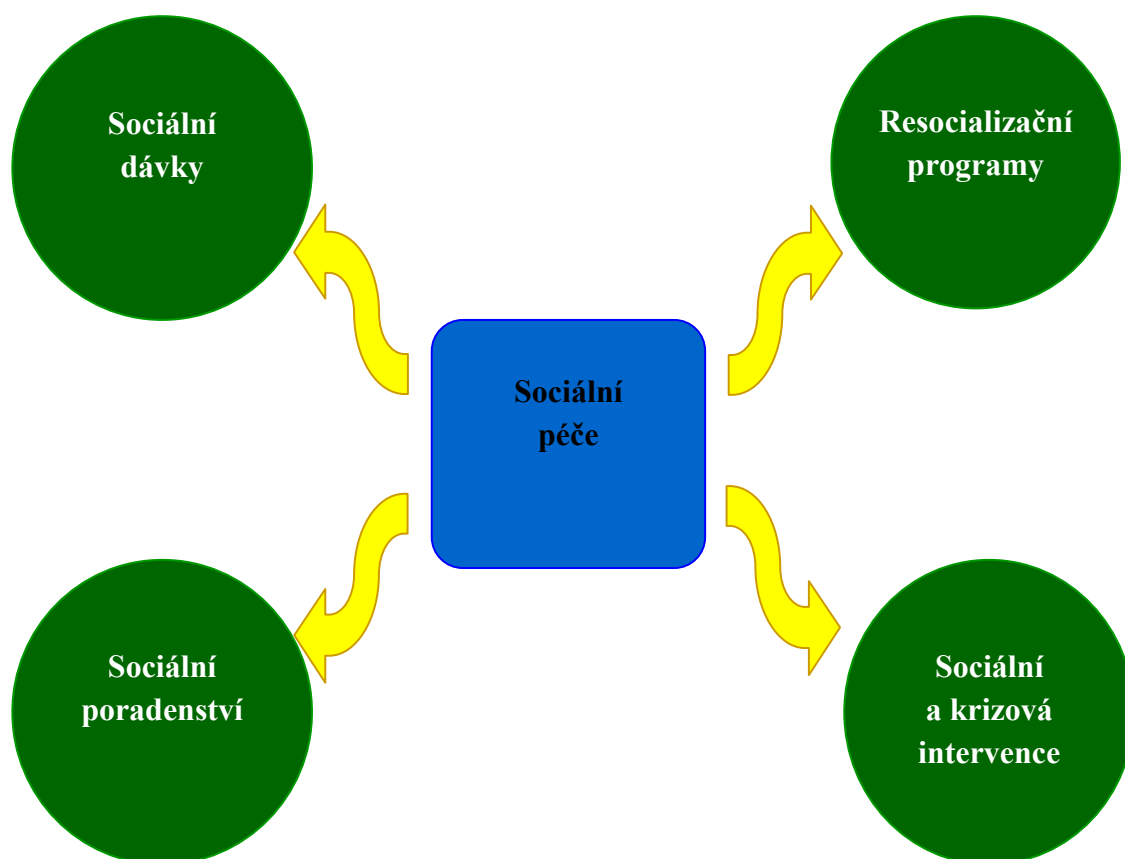
Mnozí z nich tím ale hodně trpí – připadají si neužiteční a trpí nedostatkem sociálních kontaktů. Návrat do pracovního procesu však pro ně není vůbec snadný. Proto existují služby jako jsou chráněná zaměstnání a chráněné dílny. Prostřednictvím těchto služeb si mohou nacvičit **pracovní dovednosti** a navázat nové **sociální kontakty**. A mohou také získat zpět pocit, že jsou nějakým způsobem užiteční. Již zmíněnému pocitu neužitečnosti, který vede často ke hlubokému smutku, lze podle Kranáta (in Baštecká a kolektiv, 2013:49) čelit i tím, že proti němu postavíme **pozitivní vlastnosti nemocného, jeho ctivosti a schopnosti**.

Chráněná bydlení

O chráněných bydleních by se dalo říci něco podobného jako o chráněných zaměstnáních a chráněných dílnách. Rozdíl je v tom, že cílem je naučit nemocného samostatnosti, dát mu pocit určité svobody. Do „jeho“ domácnosti často dochází sociální pracovník. Ne proto, aby ho kontroloval, ale proto, aby mu třeba pomáhal s přípravou jídla nebo ho učil smysluplným volnočasovým aktivitám. Chráněná bydlení jsou tedy stejně jako chráněná zaměstnání a chráněné dílny **aktivizačním programem**.

3.6. Systémové pojetí sociální péče

Tato kapitola se bude zabývat cílem sociální politiky jako praktické aktivity a vyjmenuje některé z jejich názorů. Nás samozřejmě bude zajímat, čím vším může být sociální politika nápomocna osobám se schizofrenií, přesto je ale třeba nejprve vymezit některé pojmy.



Obr. 5: Nejdůležitější prvky sociální péče o osoby se schizofrenií

Podle Potůčka (1995:30) utváří sociální politika vztah mezi jedincem a podmínkami, ve kterých žijí. Každý se sice nějak aktivně podílí na sociální politice (třeba způsobem života), zároveň ale musí čelit podmínkám, které sám ovlivnit nedokáže.

Hlavním cílem sociální politiky je dle Potůčka (1995:30) vzdorovat **nebezpečím sociálního a ekonomického charakteru**, která de facto číhají na každém kroku. Někteří autoři pak za podstatu sociální politiky považují:

- ✓ práci a zaměstnanost
- ✓ sociální dávky
- ✓ sociální péči
- ✓ sociální pomoc
- ✓ sociální podporu
- ✓ rodinnou politiku
- ✓ obce a regiony, které realizují sociální politiku
- ✓ neziskové organizace a dobrovolnické spolky

U osob se schizofrenií se však zaměříme na ty nástroje sociální politiky, které jsou znázorněny na **Obr. 5: Nejdůležitější prvky sociální péče o osoby se schizofrenií** – sociální dávky, sociální poradenství, resocializační programy a sociální a krizová intervence.

Sociální dávky

Jedním ze základních a nejvíce používaných nástrojů sociální politiky, přesněji **politiky sociálního zabezpečení**, jsou sociální dávky. Jejich cílem je dle Potůčka (1995:69) zamezit vzniku situací, které ohrožují **sociální a individuální existenci člověka**.

Lidé se schizofrenním onemocněním čelí takovým situacím, jako je nedostatek příjmu (z důvodu pracovní neaktivity) či sociální izolace. Právě to první se snaží kompenzovat sociální dávky, které mohou být různého typu – doplatek na bydlení nebo příspěvek na lékařskou péči (*i když ten by se měl vyplácet jen zřídka, protože např. psychiatrická péče je bezplatná; na druhou stranu, je-li někdo ve svízelné finanční situaci, musí mít nutně problém s úhradou regulačních poplatků a doplateků za léky – pozn. autora*)

Sociální poradenství

Jak už bylo řečeno v jedné z předchozích kapitol (**3.5. Sociální pracovník a sociální pedagog jako partner a pomocník**), osoby s duševním onemocněním si se svojí situací mnohdy neví rady a nemají představu o tom, jak by se dala řešit. Právě od toho je tu bezplatné **sociální poradenství**. Ten, kdo jej poskytuje, říká svému klientovi, jaká jsou jeho práva a jakým způsobem se jich může domáhat. Např. schizofrenik, jehož stav je stabilizován, by se znovu rád zapojil do pracovního procesu, aby si obnovil své pracovní dovednosti a navázal nové sociální kontakty. Dostane se mu rady, že v jeho městě existuje nezisková organizace (u nás to je např. **Práh, o.s.** nebo **FOKUS Liberec, o.p.s.**), která poskytuje služby jako jsou chráněná zaměstnání a chráněné dílny (viz rovněž kapitola **3.5. Sociální pracovník a sociální pedagog jako partner a pomocník**). V současné době se ale rozšiřuje trend, kdy sociální pracovníci dochází do psychiatrických léčeben a vyhledávají tam své potenciální klienty. Je to jediné dobře, protože mnozí pacienti udělají s lékařským zařízením, v němž jsou hospitalizováni, tak špatnou zkušenost, že už vůči dalším institucím, které jim nabízejí pomoc, pociťují předem značnou nedůvěru.

Resocializační programy

Na tomto místě je třeba znovu zmínit služby jako jsou chráněná zaměstnání, chráněné dílny a chráněná bydlení. Proč? Protože právě tyto služby lze považovat i za **resocializační programy**. V rámci těchto programů se duševně nemocná osoba, která kvůli své nemoci čelí hrozbě sociálního vyloučení, může opět stát plnohodnotným členem společnosti. Tzn. že naváže nové sociální kontakty, dostane se takřkajíc ven mezi lidi a opustí svou „samotářskou ulitu“. Naučí se efektivní komunikaci, v mnoha věcech dosáhne určitého osamostatnění (dokáže si sama uvařit, zajít do obchodu, na poštu nebo do banky). A právě služby jako chráněná zaměstnání, chráněné dílny či chráněná bydlení jí k tomu dopomohou.

Sociální a krizová intervence

K sociální krizové intervenci většinou dochází v případech, kdy je nemocný akutně ohrožen na existenci a sociálním fungování. Nedostává se mu prostředků na bydlení, stravu či léky, je někým fyzicky nebo duševně týrán, případně sám někoho ohrožuje na zdraví a životě (viz kapitola **1.2. Příznaky schizofrenie**). Takovéto situace vyžadují sociální a krizovou intervenci. Jak sociální a krizová intervence probíhá v praxi?

Zde uveďme jeden příklad. Vyskytne se podezření, že duševně nemocná osoba žije nebo spíše „přežívá“ v podmínkách, které její zdravotní stav ještě zhoršují nebo ji dokonce ohrožují na životě. V takovém případě se provede **sociální šetření**, které definuje, **v čem přesně je problém a co by mělo být napraveno**. Nemocný může být v horším případě hospitalizován, v lepším případě umístěn do již zmíněného chráněného bydlení. Pokud trpí nedostatkem finančních prostředků, které by mu pomohly uspokojit základní životní potřeby, je příslušná instituce (např. Úřad práce, ČSSZ) vyzvána ke zjednání nápravy (v podobě již zmíněných dávek).

Tím se dostáváme na konec první části této bakalářské práce. Nyní už víme, co je to schizofrenie, jaké jsou její symptomy, jak ji lze léčit a jaký je její výskyt v populaci. Rovněž víme, jaké existují pomáhající profese. Ty mají za úkol řešit sociální situaci osob se schizofrenií, přičemž byly zmíněny i aspekty, které ji ovlivňují. Následující část by nám vše, co bylo dosud popsáno, měla potvrdit, případně poukázat na to, že ne vše, co funguje v teorii, funguje také v praxi.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. VÝZKUM

Základem této části bakalářské práce je **výzkum**. Existují dva základní typy výzkumu – kvalitativní a kvantitativní. V tomto případě se bude jednat o výzkum **kvalitativní**. Důvodů, proč jsem se rozhodl právě pro něj, je hned několik.

Kvalitativní výzkum se podle Hendla (2005:51) realizuje na základě dlouhodobějšího a intenzivního kontaktu s prostředím, v němž se výzkumník pohybuje. Ten také celému výzkumu udílí impuls a je do něj osobněji zainteresován, než by byl v případě výzkumu kvantitativního.

Podle Hendla (2005:52) má kvalitativní výzkum následující **výhody**:

- ✓ umožňuje podrobnější popis zkoumání daného problému (ať už je to jedinec, skupina či nějaký jev)
- ✓ daný problém zkoumá v přirozeném prostředí
- ✓ zkoumajícímu umožňuje jít více do hloubky problému a pečlivěji jej studovat
- ✓ dává prostor novým návrhům a teoriím
- ✓ umožňuje hledání příčinných souvislostí
- ✓ lépe reaguje na aktuální situaci

Jako všechno ostatní má však kvalitativní výzkum i své **nevýhody**. Podle Hendla (2005:52) k těmto nevýhodám patří:

- ✓ získané výsledky nemusí odpovídat uvažování celé populace
- ✓ teorie a hypotézy se obtížněji testují v praxi
- ✓ časová náročnost sběru dat a jejich vyhodnocení
- ✓ výzkumník je do prováděného výzkumu osobně zainteresován, takže by mohl trpět nedostatkem nadhledu

Proč jsem se rozhodl právě pro kvalitativní výzkum? Protože:

- ✓ mám s ním dobrou osobní zkušenost
- ✓ mohu mu udávat směr
- ✓ s respondenty výzkumu mohu být v osobním kontaktu
- ✓ názory respondentů mohu přímo citovat

4.1. Cíl výzkumu

Cílů výzkumu, který je důležitou součástí mé bakalářské práce, je hned několik. Vzhledem k tomu, že jeho účastníky budou jak psychiatři a psychologové, tak sociální pracovníci a sociální pedagogové, případně osoby trpící schizofrenií, je zřejmé, že při rozhovorech s nimi si budu ověřovat vše, co bylo popsáno již v teoretické části.

Cílem výzkumu tedy bude **zjistit**:

- ✓ jakou zkušenost se schizofrenií respondenti mají
- ✓ jak hluboké jejich vědomosti o daném onemocnění jsou
- ✓ zda vidí příčinnou souvislost mezi schizofrenním onemocněním a sociální situací těch, kteří tímto onemocněním trpí
- ✓ co by se podle nich mělo na léčbě schizofrenie zlepšit
- ✓ co by se podle nich mělo zlepšit na sociální práci s osobami se schizofrenií
- ✓ v čem spatřují největší úskalí při práci s osobami se schizofrenií
- ✓ jak hodnotí spolupráci s rodinami osob se schizofrenií

4.2. Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem bude v tomto případě rozhovor s otevřenými otázkami. Otázky budou kladeny tak, aby se na ně nedalo odpovídat prostým „ano“ nebo „ne“, ale aby se dotazovaný mohl k dané problematice vyjádřit co nejobsáhleji.

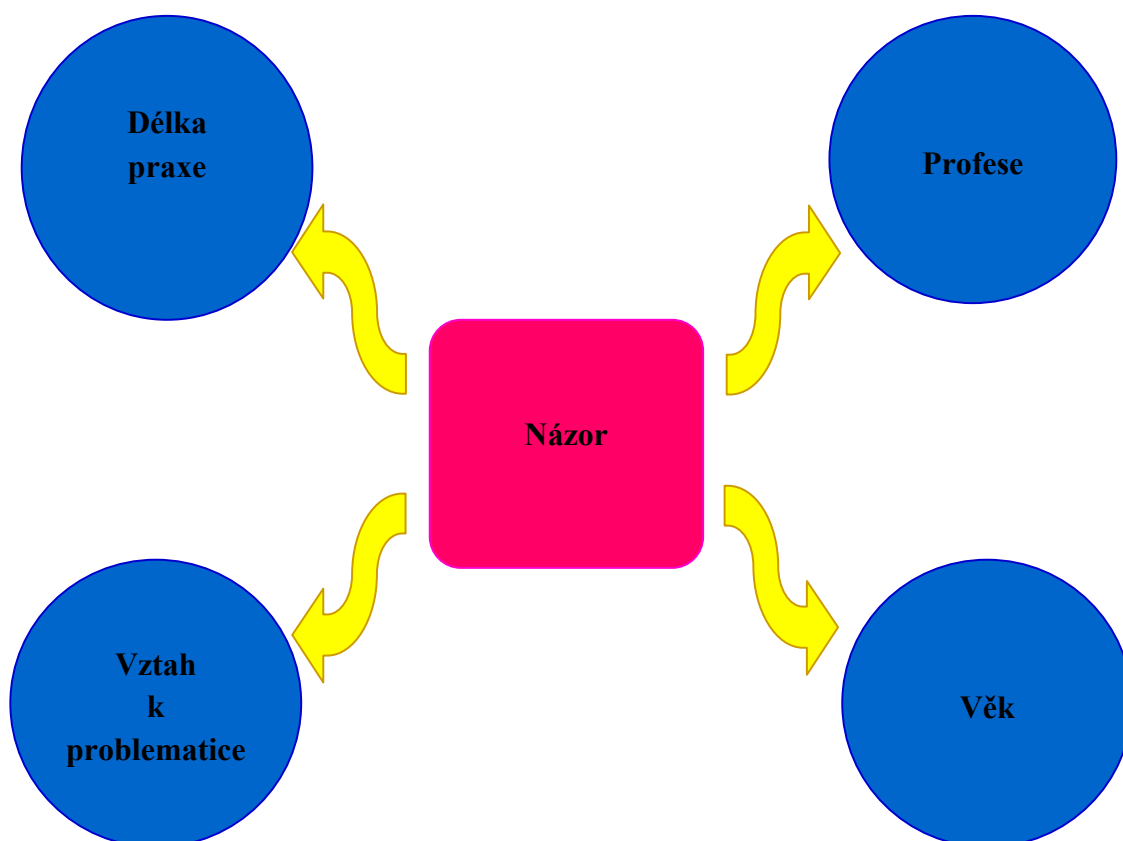
4.3. Účastníci výzkumu

Respondent	Pohlaví	Věk*	Profese
Respondent 1	žena	40	psycholog
Respondent 2	muž	30	sociální pracovník
Respondent 3	muž	35	psychiatr
Respondent 4	žena	35	partner/ka osoby se schizofrenií
Respondent 5	muž	35	osoba se schizofrenií
Respondent 6	žena	55	sociální pedagog
Respondent 7	žena	35	sociální pracovník
Respondent 8	muž	35	sociální pracovník
Respondent 9	muž	35	psychiatr

Tabulka 1: Charakteristika respondentů výzkumu

**Věk je pouze přibližný*

4.4. Faktory ovlivňující výsledky výzkumu



Obr. 6: Faktory ovlivňující výsledky výzkumu

Profese

Druh profese bude mít bezpochyby velký vliv na respondentův názor. Lze očekávat, že třeba **psychiatr** přijde s osobami trpícími schizofrenií daleko častěji do styku než třeba **psycholog** (nejedná-li se ovšem o psychologa klinického). U **sociálního pracovníka** bude rozhodující roli hrát to, s jakou klinickou skupinou pracuje, proto jsem se zaměřil na ty sociální pracovníky, kteří pracují nebo někdy v minulosti pracovali právě se schizofreniky. U **sociálních pedagogů** nelze příliš předpokládat, že mají s prací s osobami se schizofrenií

příliš bohaté zkušenosti, mohou se však zaměřovat na problematiku tzv. sociálních patologií a přinést celou řadu cenných názorů na možný průběh sociální rehabilitace u duševně nemocných lidí.

Délka praxe

I tento faktor může mít dle mého názoru velmi rozhodující vliv. Čím bohatší zkušenosti s danou problematikou respondent má, tím bezpochyby lépe. Navíc je třeba si uvědomit, že každý člověk má svá specifika a platí to i pro osoby se schizofrenním onemocněním. Mladý schizofrenik se projevuje jinak než schizofrenik starší, stejně tak bude i rozdíl mezi schizofreniky-ženami a schizofreniky-muži. A pokud respondent pracuje či někdy v minulosti pracoval se všemi těmito typy schizofreniků, jsou jeho názory o to zajímavější.

Věk

Důležitou otázkou je bezpochyby také respondentův věk. A to hned ze dvou hledisek. Zaprvé, čím starší respondent je, tím bohatší mohou být jeho profesní zkušenosti. Zadruhé, čím mladší respondent je, tím je u něj pravděpodobnější, že bude **otevřenější** vůči novým vědním přístupům, resp. **méně konzervativní**.

Vztah k danému onemocnění

Tento faktor nemá nic společného s faktorem prvním (profese). Na mysli mám to, zda má respondent s osobami trpícími schizofrenním onemocněním více **dobrých** nebo **špatných zkušeností** (např. psychiatr může mít mezi schizofreniky více „problémových“ než „bezproblémových“ pacientů, stejně jako sociální pracovník může mít mezi schizofreniky více „problémových“ nebo „bezproblémových“ klientů). A pak je tu ještě jedna mezní možnost, a sice ta, že sám respondent má ve svém nejbližším okolí (rodina, přátelé) osobu se schizofrenním onemocněním.

Pro úplnost bych rád dodal, že sám znám jednu osobu se schizofrenním onemocněním a že je to dokonce můj soused. On sám je však přesvědčen o tom, že tímto onemocněním netrpí, byť byl kvůli němu uznán plně invalidním. Jeho stav je již několik let zcela stabilizovaný, pravidelně dochází k lékaři a užívá léky. To, že popírá svůj zdravotní stav, by pak mohlo být jedním z příznaků schizofrenie. Lidé stížení tímto onemocněním si totiž realitu mnohdy odmítají připustit a myslí si o sobě, že jsou zcela zdraví.

Místo výzkumu

Je také otázkou, do jaké míry může výsledky výzkumu ovlivnit charakteristika místa, na němž je výzkum prováděn. Většinu rozhovorů jsem udělal buď na pracovišti respondentů nebo v tichých restauracích, kde panovala příjemná atmosféra.

S respondentem 5 probíhala komunikace prostřednictvím elektronické korespondence. Jednalo se totiž o osobu trpící schizofrenním onemocněním a tomuto faktu bylo třeba uzpůsobit nejen povahu kladených otázek, ale také samotnou formu rozhovoru. Zpovídat dotyčnou osobu na veřejném místě a nahrávat její slova na diktafon by mohlo být – vzhledem ke specifikám onemocnění – přinejmenším kontraproduktivní.

5. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tato část mé bakalářské práce bude podrobnou **analýzou výsledků kvalitativního výzkumu**, jehož účastníky byli **psychiatři, psychologové, sociální pracovníci a sociální pedagogové**, tedy lidé, kteří buď někdy pracovali nebo ještě stále pracují s osobami trpícími schizofrenním onemocněním, případně se specializují na nejrůznější formy patologického chování. Podařilo se mi do něj ovšem zapojit i jednu **osobu trpící zmíněným onemocněním a osobu, která ve svém nejbližším okolí schizofrenika měla.**

Respondent	Typ zkušeností s osobami se schizofrenií
Respondent 1	praktické
Respondent 2	praktické
Respondent 3	praktické
Respondent 4	praktické
Respondent 5	*neplatí ani jedno
Respondent 6	teoretické
Respondent 7	praktické
Respondent 8	praktické
Respondent 9	praktické

Tabulka č. 2: Typ zkušeností respondentů s osobami se schizofrenií

**Vzhledem k tomu, že respondent 5 je osoba, která sama trpí schizofrenií, nelze mluvit o „praktických“ nebo „teoretických“ zkušenostech s daným onemocněním*

Do svého výzkumu jsem se samozřejmě snažil zapojit co nejvíce lidí, kteří pracují nebo někdy pracovali s osobami se schizofrenním onemocněním, případně se s nimi setkali ve svém nejbližším okolí. Mezi sociálními pedagogy se mi nikoho, kdo s osobami se schizofrenií pracuje nebo pracoval, najít nepodařilo, přesto jsem ale považoval za vhodné nějakého sociálního pedagoga, který má zkušenosti alespoň s jinak duševně nemocnými lidmi (např. sociální fóbie), do svého výzkumu zaangażovat.

5.1. Nejčastější typ schizofrenního onemocnění

Jak už bylo řečeno, existuje hned několik typů schizofrenního onemocnění. K těm nejnámějším patří hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie, simplexní schizofrenie a paranoidní schizofrenie (viz kapitola *1.1. Typologie schizofrenie*).

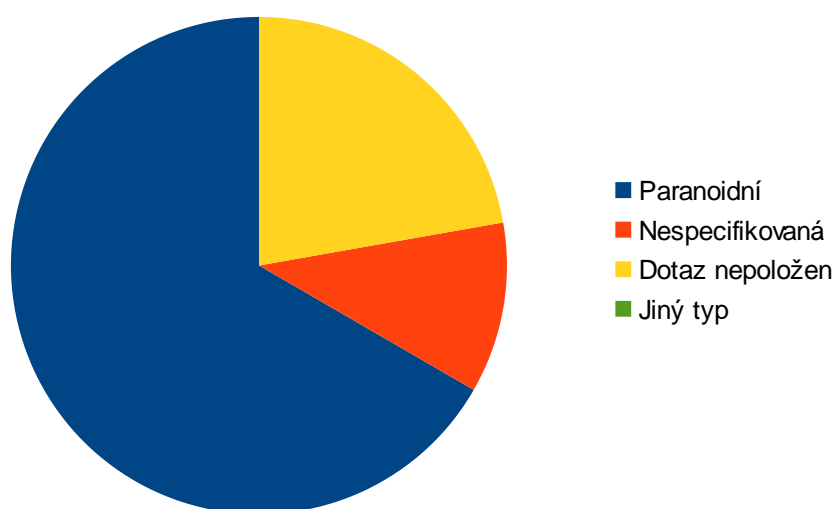
V rámci svého výzkumu jsem zjistil, že nejčastějším typem schizofrenního onemocnění je **paranoidní schizofrenie**. Respondent 4 nemohl typ schizofrenního onemocnění, s nímž se setkal, specifikovat, protože jeho znalosti této problematiky odpovídají spíše znalostem laické veřejnosti, respondentovi 5 zase nebyla příslušná otázka položena, protože se jednalo o osobu trpící schizofrenním onemocněním, tudíž by to nebylo vhodné.

Paranoidní schizofrenie je charakteristická přítomností **bludů** a **halucinací** a právě tyto dva průvodní jevy mají obrovský dopad na chování nemocného. Jak už bylo řečeno, lidé, kteří trpí paranoidní schizofrenií, bývají výbušní, agresivní a velmi podezřívaví. Respondent 9 hovoří o tom, že lidé, kteří trpí právě paranoidní schizofrenií, mají „*pocity pronásledování, ohrožení, obavy, nějaký pocity sledování kamerama*“. Sklony k výbušnému a agresivnímu chování pak často mají za následek to, že se jich jejich okolí bojí. V extrémních případech se totiž může stát, že osoba s paranoidní schizofrenií se dopustí fyzického útoku vůči jinému (někdy i blízkému) člověku, protože je přesvědčena o tom, že by ji mohl nějakým způsobem ohrozit (někdy dokonce i na životě).

Když jsem před třemi lety prováděl výzkum v rámci své absolventské práce, tak jsem se také dozvěděl, že nejčastějším typem schizofrenního onemocnění je právě paranoidní schizofrenie (účastníky tohoto výzkumu byli ovšem **pouze sociální pracovníci**).

Respondent	Typ schizofrenního onemocnění
Respondent 1	paranoidní schizofrenie
Respondent 2	paranoidní schizofrenie
Respondent 3	paranoidní schizofrenie
Respondent 4	nespecifikováno
Respondent 5	otázka nepoložena
Respondent 6	otázka nepoložena
Respondent 7	paranoidní schizofrenie
Respondent 8	paranoidní schizofrenie
Respondent 9	paranoidní schizofrenie

Tabulka 3: Nejčastější typ schizofrenního onemocnění dle respondentů



Graf 1: Zkušenosti respondentů s jednotlivými typy schizofrenního onemocnění

5.2. Výskyt schizofrenie: Muži vs. ženy

Často se řeší otázka, zda se schizofrenie vyskytuje více u žen nebo u mužů. V jedné z předchozích kapitol teoretické části (**1.3. Výskyt schizofrenie v populaci**) jsem uvedl, že první příznaky schizofrenie se u mužů objevují **častěji** než u žen (pro připomenutí: muži od 15. do 25. roku života, ženy od 25. do 35. roku života) a také to, že jsou **výrazně silnější**. V rámci svého výzkumu jsem se tázal jednotlivých respondentů, zda schizofrenií podle nich trpí častěji muži než ženy. Názory nebyly úplně jednotné.

Většinou jsem se setkal s názorem, že poměr mezi muži a ženami, u nichž se vyskytuje schizofrenní onemocnění, je zhruba **1:1**. Na druhou stranu jsem se ale setkal také s názorem, že se schizofrenie častěji vyskytuje u mužů. Tento názor zastává třeba respondent 1.

Ať už se jedná o schizofrenii nebo třeba mentální retardaci (či nějaké jiné podobné onemocnění), je podle respondenta 1 „*mnohem více mužů nebo chlapců*“, kteří trpí těmito nemocemi. A podle respondenta 1 „*mnohem více jich zaplňuje ústavy sociální péče*“. Nejen z tohoto důvodu je podle respondenta 1 zdravý chlapec „*o to větší zázrak než zdravé děvče*“.

Podle respondenta 1 jsou dokonce muži zranitelnější než ženy a to by mohl být jeden z důvodů, proč se u nich častěji vyskytují různá onemocnění. O této **zranitelnosti (vulnerabilitě)** najdeme zmínku i v odborné literatuře. Její vznik může být dle Tkáče (2008:15) zapříčiněn kombinací **biologických** (resp. **genetických**) **faktorů** a **vlivů**, které jsou důsledkem poruch vývoje v dětství, špatných rodinných vztahů či přetrvávajícího stresu. Je-li posléze dotyčná osoba vystavena nadměrné zátěži, stane se již zmíněná zranitelnost spouštěčem nemoci.

Respondent 9 před lety provedl výzkum, který naopak ukázal, že u žen se schizofrenie vyskytuje častěji než u mužů. Podle něj tento výzkum dospěl k závěru, že je „*asi o 10% víc žen s touto diagnózou*“, přičemž „*není úplně jasný, čím by to mělo být*“.

Každopádně bych se rád vrátil k jedné věci, která již byla opakovaně řečena: U mužů se první příznaky schizofrenie objevují o **deset let dříve** než u žen. Provádí-li někdo výzkum týkající se výskytu schizofrenie u mužů a u žen a jeho respondenty jsou např. osoby ve

věku od dvaceti do třiceti let, je logické, že zjistí více případů výskytu tohoto onemocnění u mužů. U některých žen se totiž první příznaky schizofrenie objevují až okolo 35. roku života.

Nicméně respondent 4 měl ve svém blízkém okolí člověka-muže, který trpěl schizofrenním onemocněním, a první příznaky onemocnění zaregistroval, když tomuto člověku bylo **24 let**. Tato skutečnost pouze potvrzuje to, o čem jsem se zmínil v předchozích kapitolách: U mužů se první příznaky schizofrenie objevují během 15. až 25. roku života. A víceméně to potvrzuje i respondent 5, osoba trpící schizofrenií, který se léčí od **27. roku života**.

Z výše uvedeného jasně vyplývá, že schizofrenní onemocnění se u mužů objevuje stejně často jako u žen a naopak. U mužů mohou být příznaky schizofrenie pouze o něco silnější a viditelnější a mohou se objevit o několik let dříve. To, že muži jsou ke schizofrenii náchylnější než ženy, tedy podle všeho neplatí.

5.3. Léčba schizofrenie a její náročnost

Jak už bylo řečeno, léčba schizofrenie zaznamenala během 20. století obrovský vývoj. Zatímco ještě v 50. letech 20. století převažovaly velmi „drsné“ metody, které byly mnohdy založeny na bázi elektrošoků, dnes je léčba mnohem **humánnější** a zároveň **efektivnější**. Zásahu má na tom nejenom rozvoj psychiatrie, ale také farmakologie. A v neposlední řadě i skutečnost, že na lékařskou péči zpravidla navazuje péče sociální, byť ona návaznost nedosahuje nikterak vysokých kvalit (viz kapitola 5.4. *Úroveň návaznosti sociální péče na péči lékařskou*)

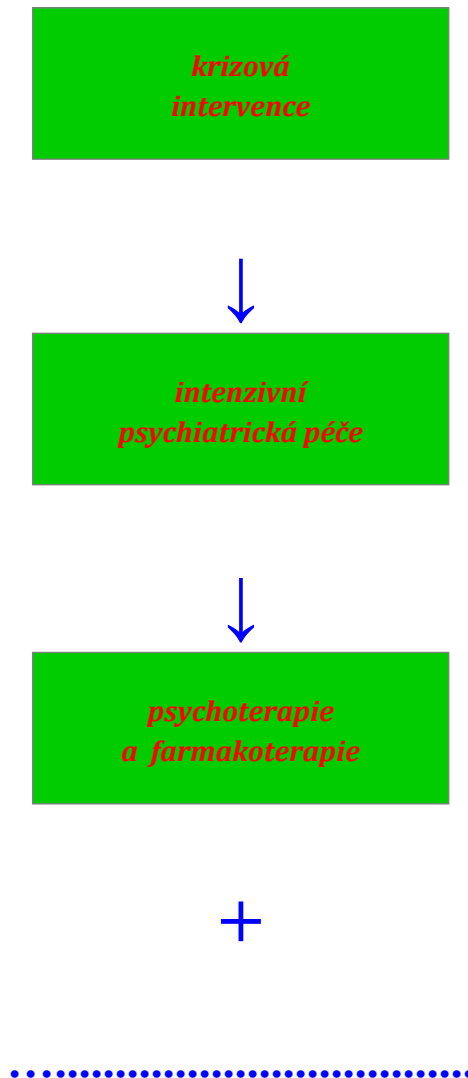
Respondent 9 v souvislosti s pokrokem v léčbě schizofrenie říká, že *„když si vezmeme sto let zpátky, nebylo skoro nic, padesát let zpátky, elektrošoky a první léky, od té doby myslím, že jsme se posunuli hodně, že by to šlo úplně mílovými kroky, že by najednou byl převratný lék a všichni se vyléčili, byli úplně zdraví, tak to asi nebude, ale jako lepší se to, myslím si, že ten vývoj je“*.

Současně je respondent 9 toho názoru, že ke zlepšení kvality léčby schizofrenie by mohla významnou měrou přispět reforma psychiatrické péče (viz kapitola 5.9. *Prognóza*)

a návrhy). Konkrétně mluví o tom, že pokud se jí podaří uskutečnit a „*přiteče do psychiatrie víc peněz, zlepší se ta péče, tak si myslím, že to má nějakou naději*“.

Léčba duševních poruch – a platí to i pro schizofrenii – je podle Tkáče (2008:6) v současné době pojata **komplexně**, neboť využívá všech dostupných prostředků (kromě psychoterapie a farmakoterapie to je např. socioterapie, ergoterapie či muzikoterapie).

V jedné z předchozích kapitol (**3. Specializovaná intervence v sociálních souvislostech**) jsem uvedl, že počátek léčby zpravidla probíhá následujícím způsobem:



Obr. 7: Průběh léčby schizofrenie

Všechny tři uvedené postupy se neustále zdokonalují, zejména pak psychoterapie a farmakologie. Dokazuje to i přesvědčení mnohých respondentů, že u osob se schizofrenií není vždy nutná hospitalizace (viz níže).

Samozřejmě schizofrenie není nemoc, kterou je možné zcela vyléčit. Podle respondenta 1 ji „*definitivně vyléčit nelze*“, lze ji pouze potlačit. Ale jak respondent 1 dodává, je třeba mít na paměti, že „*potlačení není vyléčení*“. Může se tedy stát, že i po úspěšně absolvované léčbě nemoc znovu naplno propukne, byť je tato léčba sebekvalitnější.

Respondent 3 má takovou zkušenost, že „*třetina lidí prodělá ataku schizofrenního onemocnění a v podstatě se už nikdy neobjeví, je to tak u třetiny pacientů, další třetina pacientů trpí schizofrenií, má to onemocnění a ty ataky jsou opakované, trvale na lécích, a pak je zhruba 40% lidí, kdy i přes nasazenou medikaci se ataky objevují a jsou i časté hospitalizace*“.

Zcela jednotné pak nemusí být názory na farmakoterapii. Podle respondenta 1 farmakoterapie „*u někoho zabere, jsou s tím dobré výsledky, u druhého člověka vůbec nezabírá, naopak se u něho projeví různé vedlejší účinky*“.

Podle respondenta 3 nicméně farmakoterapie v posledních letech učinila obrovský pokrok. Říká, že nová farmaka „*zlepšily život těchle lidí (osob se schizofrenií – pozn. autora), zkrátily délku hospitalizace*“ a díky tomu „*i náklady na hospitalizaci výrazně poklesly*“.

Nabízí se rovněž otázka, zda je u osob trpících schizofrenním onemocněním vždy nutná hospitalizace. Podle respondenta 1 nikoliv, což si myslí i respondenti 3, 7 a 8. Ani podle respondenta 9 není u osob se schizofrenií vždy nutná hospitalizace, „*pokud ten člověk má dobré zázemí nebo třeba spolupracuje, má částečný náhled, je schopný brát léky i doma*“. Ambulantní léčba nebo léčba ve formě denních stacionářů má podle respondenta 9 tu výhodu, že se obejde „*bez vytržení toho člověka z domácího prostředí*“.

Hospitalizace navíc může u člověka, který trpí schizofrenií, snížit motivaci k pozdější spolupráci s psychiatry, psychology, sociálními pracovníky a sociálními pedagogy. Podle respondenta 9 „*prostředí v psychiatrických nemocnicích není zrovna ideální a taky to není zrovna ideální začátek jako by pro budoucí spolupráci, pokud toho člověka, kterej má pocit, že všichni jsou proti němu, že ho nějak ohrožují nebo ho odveze záchranka s policií do léčebny, do psychiatrické nemocnice, tam, protože je agresivní, bojí se, tak ho třeba*

přikurtujou k posteli, dostane zklidňující injekce“. Toto všechno pak podle respondenta 9 nemocnému *„zapadne do toho, jak jsou všichni proti němu“.*

Respondent 5, osoba trpící schizofrenním onemocněním, hospitalizován byl, a to po dobu dvou měsíců.

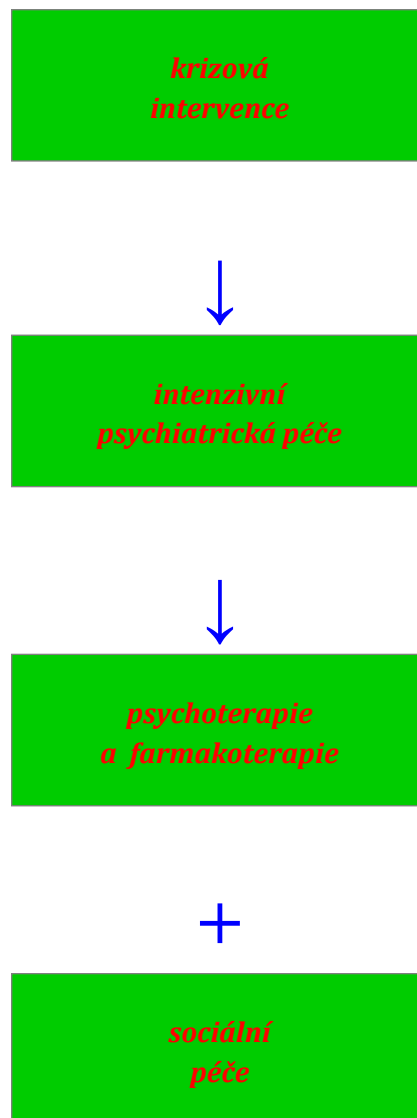
Respondent	Nutnost hospitalizace
Respondent 1	NE
Respondent 2	otázka nepoložena
Respondent 3	NE
Respondent 4	otázka nepoložena
Respondent 5	otázka nepoložena
Respondent 6	otázka nepoložena
Respondent 7	NE
Respondent 8	NE
Respondent 9	NE

Tabulka 4: Názor respondentů na nutnost hospitalizace u osob se schizofrenií

V závěru této kapitoly lze tedy konstatovat, že léčba schizofrenie zaznamenala obrovský pokrok. Díky vývoji na poli farmakoterapie a psychoterapie mohou osoby se schizofrenií prožít plnohodnotný život a nemusí se ani vůbec ocitnout v psychiatrické léčebně. Výrazné zlepšení se očekává také v souvislosti s reformou psychiatrické péče, byť ne všechna očekávání se musí nakonec naplnit. Jinými slovy, teprve čas ukáže.

5.4. Úroveň návaznosti sociální péče na péči lékařskou

V předchozí kapitole (5.3. *Léčba schizofrenie a její náročnost*) jsem uvedl schéma, které bych nyní doplnil následujícím způsobem:



Obr. 8: Průběh léčby schizofrenie s návazností na sociální péči

Ruku v ruce s psychoterapií a farmakoterapií by totiž měla kráčet sociální práce a sociální pedagogika. A to proto, že schizofrenie je onemocněním, které nenarušuje pouze kognitivní schopnosti nemocného, ale také jeho **sociální fungování**. A úspěšná léčba schizofrenie není možná za podmínky, že se nemocný nachází v sociální izolaci, je odkázaný sám na sebe a není mu umožněno využívat jeho schopností a dovedností.

V návaznosti sociální péče na péči lékařskou byl podle respondenta 1 učiněn velký „pokrok“ a „maximum“. Zásahu má na tom rozvoj sociálních služeb, jakými jsou třeba chráněná bydlení a chráněná zaměstnání. Lidé se schizofrenním onemocněním dnes mají mnohem více příležitostí osamostatnit se a zapojit se do pracovního procesu.

Většina respondentů ale úroveň návaznosti sociální péče na péči lékařskou kritizuje. Podle respondenta 3 sociální péče „výrazně chybí, nejsou podpůrné programy“. A právě toto by se mělo změnit, protože by to velice „pomohlo v součinnosti i při ambulantní léčbě, snížilo by to nutnost hospitalizace“.

Také respondent 8 říká, že návaznost sociální péče na péči lékařskou „silně pokulhává“, a respondent 7 potvrzuje, že „zdaleka to není takové, jaké by to mělo být“.

Jenže ne vždy má nemocný zájem o to, aby mu po ukončení intenzivní psychiatrické péče byly poskytovány sociální služby. Podle Mundiera (2011:39) to může být zapříčiněno nejen oslabenou vůlí a sníženou motivací, ale také velmi špatnou zkušeností právě s intenzivní psychiatrickou péčí. Nemocný už něvěří nikomu dalšímu, kdo mu nabízí pomoc.

Zákon o sociálních službách (**Zákon č. 108/2006 Sb.**) zahrnuje hned dvacet druhů sociálních služeb. Osoby se schizofrenním onemocněním využívají hned několik z nich a byla o nich zmínka již v jedné z předchozích kapitol (**3.5. Sociální pracovník a sociální pedagog jako partner a pomocník**). Připomeňme si ale ještě jednu službu zvanou **chráněné bydlení**.

V tomto případě se jedná o druh pobytové služby, která je určena lidem se sníženou soběstačností. Co je jejím cílem? Jednak zajistit klientům pobyt v prostředí, které pro ně bude bezpečné, jednak je naučit – alespoň částečně – samostatnosti.

Zákon o zaměstnanosti (**Zákon č. 435/2004 Sb.**) zase zavedl institut chráněného pracovního místa známý jako **chráněné zaměstnání**. Této službě bývá osobami trpícími

schizofrenním onemocněním rovněž často využíváno. Nemocný podle Mundiera (2011:23) prostřednictvím chráněného zaměstnání nacvičuje pracovní návyky a dovednosti, o něž ho nemoc připravila. Poté už zkouší sám pracovat.

Jak se lze k sociální službě dostat? Potíž je v tom, že lidé, kterým je určena, o její existenci mnohdy ani **neví**. Podle Mundiera (2011:36) se o ní mohou dozvědět těmito cestami:

- ✓ od svého ošetřujícího lékaře (psychiatra/psychologa)
- ✓ od rodinných příslušníků či přátel
- ✓ ze sdělovacích prostředků (televize, rozhlas, tisk, internet)

Někteří sociální pracovníci pak sami dochází do psychiatrických léčeben, kde vyhledávají své potenciální klienty. Nechodí tam ale takříkajíc „naslepo“, nýbrž už na základě nějakého doporučení. *„Bylo to tak, že jsem tam chodíval, ale většinou jsem tam šel už na doporučení, takže jsem tam nepřicházel jenom tak úplně zbůhdarma,“* říká respondent 2.

Závěr je tedy takový, že návaznost sociální péče na péči lékařskou je velmi špatná. Samozřejmě lze konstatovat, že bývalo hůř, ale takovéto druhy „omluv“ bychom používat neměli. Jestliže došlo k výraznému zlepšení jak na poli psychoterapie a farmakoterapie, tak na poli sociální péče, neexistuje žádný důvod, proč by se mělo rezignovat na další snahy lépe propojit lékařskou péči se sociální a naopak. Stejně jako člověk nemůže fungovat bez kyslíku, nemůže při resocializaci osob se schizofrenií fungovat lékařská péče bez té sociální.

5.5. Na co si při práci se schizofreniky dávat pozor

Z předchozích kapitol jasně vyplývá, že schizofrenie je velmi specifickým duševním onemocněním. Existují proto hned dva základní důvody: **bludy a halucinace**. Tyto dva průvodní jevy nejčastějšího typu schizofrenního onemocnění (**paranoidní schizofrenie**) činí z nemocného „vězně tak trochu jiného světa“. Jinými slovy, schizofrenik vnímá svět jinak než my, zdraví lidé.

Snaha o získání důvěry

Při práci s duševně nemocnými lidmi, osoby se schizofrenií nevyjímaje, je velmi důležité získat si jejich důvěru. Pokud se toto nepodaří, je velmi obtížné v práci pokračovat a dosáhnout nějakého pozitivního výsledku. Podle respondenta 6 je v psychologii a poradenské praxi *„nejtěžší je vždy navázat s klientem kontakt a aby vám začal důvěřovat. To znamená získání důvěry, otevření se, popřípadě získat aspoň stručný nástin toho problému, se kterým má pocit, že chce poradit anebo že něco není v pořádku, takže to je ta identifikace problému a komunikace s klientem“*. V této souvislosti je třeba znovu připomenout skutečnost, že lidé, kteří trpí schizofrenním onemocněním, jsou velmi často nedůvěřiví vůči svému okolí.

Efektivní práce s příznaky schizofrenního onemocnění

Již z výzkumu, který byl součástí mé absolventské práce, jasně vyplynulo, že pracujeme-li s osobami, které trpí schizofrenním onemocněním, neměli bychom jim jejich bludné představy vyvracet. Ale neměli bychom jim je ani potvrzovat, náš postoj by zkrátka měl být ryze **neutrální**. *„Není dobré popírat to, co klient vidí nebo co si myslí,“* říká respondent 2 a dodává, že je třeba *„nesnižovat hodnotu toho, co on (klient, nemocný – pozn. autora) si vlastně myslí, být otevřenější a upřímnější, že já tu věc nevidím, nicméně věřím tomu, že on ji vidí a že to na něj působí tak, jak říká.“*

Může ale dojít i k situaci, kdy se psychiatr, psycholog či sociální pracovník, zkrátka každý, kdo s osobami trpící schizofrenií pracuje, stane součástí těchto bludů a halucinací. Jinými slovy, nemocný si jej s těmito bludy a halucinacemi nějakým způsobem spojí. Má-li k němu vytvořen nějaký důvěrnější vztah, může jej na takovou situaci upozornit. Pravdou ale je, že lidé se schizofrenií bývají zpravidla ke svému okolí krajně nedůvěřiví, takže o nějaké „důvěrnosti“ můžeme hovořit jen velmi vzácně.

Dodržování léčebného režimu

K dalšímu problému může dojít ve chvíli, kdy nemocný začne nějakým způsobem porušovat léčebný režim. Podle respondenta 2 docházelo k nemalým komplikacím, když *„některý z klientů kombinoval tu léčbu s tím, že užíval alkohol nebo nějaké omamné psychotropní látky“*. Podle něj také *„hodně z těch uživatelů se snažilo experimentovat s dávkováním těch léků“*, často se také stávalo, že klienti *„uvěřili, že už jsou vyléčení, že*

jsou zdraví, že už to (užívat léky – pozn. autora) nepotřebujou a kvůli těm negativním průvodním jevům těch léků se snažili ty dávky minimalizovat“.

Empatie a trpělivost

Podle respondenta 8 je zase důležité „*mít trpělivost, nevyvíjet nějaký velký tlak na to, že ten klient bude podávat výkon*“. Respondent 8 tím naráží na skutečnost, že lidé, kteří trpí schizofrenním onemocněním, mají výrazně sníženou motivaci. Toto snížení může být – jak už bylo řečeno – nejen důsledkem samotného onemocnění, ale také důsledkem vedlejších účinků léků. Velká spousta psychofarmak – a nemusí to být pouze psychofarmaka určená osobám se schizofrenií – totiž tlumí chování těch, kteří je užívají, ať už je to chování jakékoliv.

Aspektů, kterým je třeba při práci s osobami se schizofrenií věnovat zvýšenou pozornost, existuje samozřejmě mnohem více. Nelze s jistotou říci, které z nich jsou nejdůležitější, protože spolu často velmi úzce souvisí. Není ale pochyb o tom, že ten, kdo pracuje s osobami, které trpí schizofrenií, by s nimi měl být předem obeznámen. Jejich znalost totiž může velmi zásadním způsobem přispět k dosažení co nejefektivnějších výsledků.

5.6. Vliv nemoci na sociální situaci nemocného

Není pochyb o tom, že dlouhodobě duševně nemocní lidé se často ocitají ve velmi složité sociální situaci. A to z důvodů, o kterých jsem se zmínil v jedné z předchozích kapitol (**3.4. *Determinanty sociální situace nemocných***). Nyní se budu věnovat těm, na než poukázal provedený výzkum. Konkrétně se jedná o následující důvody:

Pracovní neschopnost

Dlouhodobě duševně nemocný člověk se téměř vždy ocitne v pracovní neschopnosti. Pracovní neschopnost pak vede nejen k **oslabení pracovních dovedností a návyků**, ale také k **oslabení sociálních kontaktů** (v tomto případě s kolegy ze zaměstnání) a k **redukci finančních příjmů**. Respondent 2 potvrdil, že schizofrenie má „*devastující účinky*“ na „*pracovní schopnosti*“. Respondent 3 dokonce schizofrenii označil za „*synonymum invalidního důchodu třetího stupně*“.

Podle respondenta 3 jsou lidé, kteří trpí schizofrenním onemocněním, často „sankcionováni tím, že nepřijdou do práce“ a „přicházejí o zaměstnání bez ohledu na to, jaké mají důvody zdravotní“.

Úbytek kognitivních schopností

Dlouhodobě duševně nemocní lidé – a u schizofreniků to platí dvojnásob – mívají rovněž výrazně narušeny své kognitivní schopnosti. Bludy a halucinace, jež jsou pro schizofrenii tak charakteristické, třeba u nemocných osob velmi negativně ovlivňují jejich **úsudek** a **schopnost strážlivého myšlení**. Jak uvádí i respondent 3, u lidí, kteří trpí schizofrenním onemocněním, často dochází „k narušení vnímání reality“.

Právě **racionálně poznávací procesy** patří podle Farkové (2008:55) mezi funkce, díky nimž jsou lidé schopni orientovat se v okolním světě i v sobě samých. A jestliže jsou tyto procesy zásadním způsobem narušeny, je velmi obtížné dobře sociálně fungovat. Velké úskalí pak spočívá v tom, že někteří lidé, kteří trpí schizofrenií, jsou přesvědčeni o tom, že svět je opravdu takový, jak jej vnímají, že to, co my označujeme za bludy a halucinace, je skutečně reálné.

Špatné sociální kontakty

Dlouhodobě duševně nemocní lidé se pak v neposlední řadě kvůli svým zdravotním problémům ocitají v určité **sociální izolaci**. Nemám teď na mysli pouze to, že z důvodu pracovní neschopnosti nechodí do zaměstnání, ale také to, že se nacházejí ve společensky velmi omezeném režimu. Nejsou-li zrovna v psychiatrických léčebnách, tráví většinu svého času zavřeni doma, ať už nedobrovolně (protože mají strach z reakce a chování okolí) nebo dobrovolně (jednoduše nejsou „na nikoho zvědaví“). Respondent 1 vnímá tuto skutečnost jako závažnou hlavně u mladých lidí a myslí si, že „jim by hlavně hrozně pomohlo, čím větší zařazenost, když ne do společnosti, tak do každodenního života, tím by to bylo lepší“.

Invalidita

Úbytek kognitivních schopností může být u osob, které trpí schizofrenním onemocněním, natolik výrazný, že to vede k plné invaliditě dotyčné osoby (viz výrok respondenta 3 o schizofrenii jako o „synonymu invalidního důchodu třetího stupně“). Lidé se schizofrenií tak většinou bývají odkázáni na svůj invalidní důchod, případně některé sociální dávky

(např. doplatek na bydlení). Ti šťastnější, resp. méně nemocní, ale mohou využívat možností chráněného zaměstnání (viz kapitola 5.4. *Úroveň návaznosti sociální péče na péči lékařskou*). Zatímco služeb chráněného bydlení respondent 5, který je plně invalidní, nevyužívá (neboť žije ve společné domácnosti s osobou blízkou), služeb chráněného zaměstnání by v budoucnu rád využil.

Kratší délka života

Na otázku, zda schizofrenie může ovlivnit **délku života**, respondent 3 odpověděl: „*Ne že může, ona ji ovlivňuje.*“ Podle něj s sebou schizofrenie nese jeden velmi podstatný negativní příznak, a tím je „*degradace osobnosti.*“ Nemocný se „stáhne do sebe“, izoluje se od svého okolí (což bychom s určitou mírou nadsázky mohli označit za *dobrovolnou sociální izolaci*).

Také podle respondenta 9 schizofrenie délku života „*určitě ovlivňuje, těžko říct, jestli je to přímo tou schizofrenií, spíš jsou tam častý sebevraždy, lidé se schizofrenií hodně často kouří, mají nezdravý styl života*“.

Předsudky společnosti

Bohužel, řada lidí dodnes trpí nemalými předsudky vůči osobám se schizofrenií. Když se řekne schizofrenik, mnozí lidé hned začnou mluvit o *nebezpečných šílcích, kteří mohou někoho zabít*. A přitom se jedná o velmi zastaralé a nesmyslné klišé. Dokonce je známo, že mnozí schizofrenici mnohdy vykazují **mimořádný tvůrčí talent**, proto se mezi nimi objevilo už i několik významných vědců či spisovatelů.

O předsudcích společnosti vůči lidem, kteří trpí schizofrenním onemocněním, mluví také respondent 3. Podle něj by bylo dobré, aby „*se o tom onemocnění mluvilo i v rámci primární a sekundární prevence, aby se mluvilo o tom, jaké to je onemocnění, jaké to má projevy, jak ty projevy odeznívají, jak se ty lidi vracejí do společnosti, jaká je úspěšnost návratu do běžného života, jak se jim v tom běžném životě daří*“.

Osamělost a nedostatek volnočasových aktivit

Rozhodující roli může mít také to, zda nemocný žije sám a je tudíž odkázaný sám na sebe nebo žije s někým ve společné domácnosti (připomínám, že respondent 5 žije ve společné domácnosti s osobou blízkou). Respondent 2 říká, že „*znal hodně klientů, kteří měli rodinu*“, ale pracoval i s několika klienty, „*kteří vlastně už měli rodiče po smrti*“. Setkal se

také s klientem, který měl bratra, ale „*bratr taky byl hospitalizovaný, oba dva byli nemocní, takže se* (klient – pozn. autora) *neměl o koho opřít*“.

Na kvalitu života může mít vliv i to, zda nemocný má nějaké **koníčky**. Pokud ano a má dostatek času na to, aby se jim mohl věnovat, je jeho život bezpochyby „veselejší“ a léčba onemocnění o poznání efektivnější. To je očividně případ i respondenta 5, který na otázku, jaké jsou jeho koníčky a jak často se jim věnuje, odpověděl: „*Sport – 1x týdně badminton, turistika cca 1x měsíčně, umění příležitostně poslech hudby, stejně tak sledování filmů, čtení beletrie několik hodin týdně, alternativní medicína průběžně.*“

Otázka, do jaké míry může schizofrenie ovlivnit sociální situaci nemocného, je dle mého názoru zcela zásadní. Podle respondenta 2 „*dost výrazně*“. Respondent 2 také říká, že „*je známo, že mezi bezdomovci je celá řada nebo většina lidí, kteří právě jsou nepodchyzení, nezaléčení, duševně nemocní*“. Zároveň dodává, že schizofrenie „*má velmi často devastující účinky, na jeho schopnosti, na jeho schopnost postarat se sám o sebe, uživit se, na jeho pracovní schopnosti, dochází k nějakým kognitivním deficitům, takže ta nemoc může mít velmi fatální důsledky*“.

Nejen z předchozího odstavce jasně vyplývá, že osoby, které trpí schizofrenním onemocněním, jsou ohrožovány **sociálním vyloučením**. Samozřejmě toto riziko už dnes není tak vysoké jako před nějakými deseti dvaceti lety, ale to nic nemění na faktu, že tu stále ještě je, stále existuje. Sociální péče by je před tímto rizikem měla chránit, ovšem ne každá osoba, která trpí schizofrenií, o nějakou sociální péči stojí. Podle respondenta 3 někteří lidé se schizofrenním onemocněním „*třeba ani nestojí o to nějaké zařízení*“ (sociální péče – pozn. autora), když se z léčebny vrací zpět do běžného života. Důvod? Mohla by za tím být nedůvěra ve státní instituce, špatné zkušenosti z léčebny, pochybnost o dobrých úmyslech druhých lidí atd.

Sociální vyloučení je závažné **sociální riziko**. A sociální riziko představuje dle Kellera (2009:61) událost, v jejímž důsledku je člověku znemožněno být sociálně samostatný. Není-li člověk proti takovéto události dostatečně chráněn, žije v obrovské nejistotě. A žije-li člověk v nejistotě, není schopen efektivně plánovat svoji budoucnost.

Jak se osoby se schizofrenií mohou proti sociálním rizikům chránit? Rozhodně se proti nim nemohou bránit sami. Stěží se obejdou bez podpory státu a svých blízkých. Chybějící

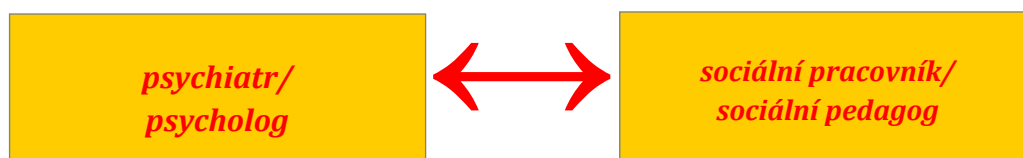
příjem ze zaměstnání jim musí být nějakým způsobem kompenzován. Musí vědět, na koho se mohou v nouzi obrátit, kdo jim může pomoci.

Je tu ještě jeden problém, na který bychom měli pamatovat. Duševně nemocní lidé totiž většinou **nejsou způsobilí k právním úkonům**. Někdy jsou způsobilosti k právním úkonům zbaveni částečně, někdy, v horších případech, zcela (záleží na závažnosti duševního onemocnění). V takovýchto případech mají svého **zákonného zástupce**, kterým může být jak osoba blízká, tak osoba přidělená státem.

Faktorů, které mohou ovlivnit sociální situaci osob se schizofrenií, existuje celá řada. Některé jsou významnější, některé méně významné, ale v potaz by měly být brány všechny. Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které má zásadní dopad na život nemocného. Tím, že negativním způsobem ovlivňuje jeho kognitivní i pracovní schopnosti, negativně ovlivňuje také jeho sociální situaci. Brání mu v navazování či udržování mezilidských vztahů, brání mu v dosahování ekonomické nezávislosti. Často může mít za následek i jeho vyloučení ze společenského života! Naštěstí už dnes existuje celá řada způsobů, jakými lze tomuto všemu zabránit. O tom už ale pojednávají jiné kapitoly.

5.7. Spolupráce mezi odborníky

Mnozí psychiatři či psychologové, kteří pracují s osobami trpícími schizofrenním onemocněním, často spolupracují také se sociálními pracovníky či sociálními pedagogy a naopak.



Obr. 9: Míra symetrie mezi pomáhajícími profesemi

Tato spolupráce je velmi důležitá a může pozitivním způsobem ovlivnit situaci těch, kdo stojí v jejím centru – osob se schizofrenií.

Respondent 2, sociální pracovník, hodnotil spolupráci s psychiatry velmi kladně. Psychiatricka, se kterou spolupracoval, sociálním pracovníkům „překládala ten jejich aktuální zdravotní stav (zdravotní stav klientů – pozn. autora), jejich potřeby, jaké jsou vzhledem k té aktuální situaci psychického rozpoložení“. Dodává, že tato spolupráce byla „velmi úzká, velmi dobrá“ a „velmi kvalitní“.

Jinak už respondent 2 hodnotil spolupráci s psychiatry v psychiatrických léčebnách. Označil ji sice za „víceméně dobrou“, setkal se ale i s několika psychiatry, kteří už nad nemocným udělali „kříž“ a kteří vyjadřovali „nedůvěru v to, že s tím klientem, se kterým pracuju, to má vůbec smysl“.

To, co je uvedeno v předchozím odstavci, nelze brát na lehkou váhu. Lidé, kteří trpí schizofrenií, totiž mívají velmi oslabenou vůli a vidí-li, že někdo nad nimi udělal „kříž“, může to být pro ně velmi demotivující. Proto je třeba dát nemocným určitou naději a tím je naopak motivovat k tomu, aby s nemocí co nejusilovněji bojovali.

Respondent 5 si spolupráci s psychiatry velmi pochvaloval, uvedl, že se mu s nimi spolupracovalo „výborně“ a že psychiatricka v léčebně, kde byl hospitalizován, „brala na můj zdravotní stav ohledy a na mé přání mi předepsala léky bez vedlejších účinků“.

Respondent 8 říká, že většina psychiatrů „je ochotna nějak spolupracovat“, poznamenává ale také, že vztah mezi psychiatry a sociálními pracovníky není asymetrický. Podle něj se na této spolupráci odráží skutečnost, že „lékaři mají vyšší sociální status než ti sociální pracovníci“.

Je pravdou, že sociální pedagogové zatím do práce s osobami, které trpí schizofrenním onemocněním, příliš zaangażováni nejsou. Díky reformě psychiatrické péče by se ale toto mohlo časem změnit. Respondent 9, psychiatr, si toto představit umí, pokud „projdou ti sociální pedagogové nějakým školením, kurzem, jak pracovat přímo s lidma se schizofrenií“. Sociální pedagogika je podle respondenta 9 „jedno z povolání, který můžou pomoci k opětovnému začleňování do normálního života, protože ta medicínská část, podávání léků a těchhle věcí, to je jedna stránka, ale potom ten každodenní život si myslím, že může jako by lépe trénovat spíš sociální pracovník, sociální pedagog“.

Na základě toho, co bylo popsáno v této kapitole, lze usuzovat, že spolupráce mezi psychiatry či psychology a sociálními pracovníky či sociálními pedagogy je poměrně kvalitní. Samozřejmě tomu tak nemusí být vždy, může se stát, že jedna ze zmíněných stran nemá o takovouto spolupráci zájem, protože je k ní skeptická, ale pravidlem to podle všeho není. Stále ale platí zásada, že pořad je co vylepšovat. A v tomto případě by to mělo platit dvojnásob, protože spolupráce mezi těmi, kteří jsou do problému zasvěceni, je velmi důležitá, ne-li klíčová.

5.8. Spolupráce s rodinami osob trpícími schizofrenií

Nejen psychiatři a psychologové, ale také sociální pracovníci a sociální pedagogové mnohdy spolupracují s rodinami osob se schizofrenií. Podle Mundiera (2011:49) ale může být tato spolupráce často velmi problematická.

Důvody jsou pro to hned dva. Rodinní příslušníci schizofreniků o takovouto spolupráci nemají zájem, protože vztahy mezi nimi a nemocným jsou velmi narušené. Druhý důvod může být ten, že se rodinní příslušníci stydí za to, že se někdo takto nemocný v jejich kruhu vyskytuje.

Respondent 2 s rodinami nemocných spolupracoval, ale dodnes si myslí, že ta spolupráce „*mohla být větší, ať už z naší strany víc to iniciovat, tak si myslím, že i té rodiny*“. Dodal také, že v psychiatrických léčebnách fungoval program zvaný **psychoedukace**, v jehož rámci šlo o to „*uvést trošku do obrazu ty rodinný příslušníky*“. Rodinní příslušníci, kteří se tohoto programu zúčastnili, pak podle respondenta 2 „*byli celkem v obraze, věděli, co ten člen (rodiny – pozn. autora) potřebuje*“. S těmi, kteří se tohoto programu naopak nezúčastnili, pak „*ta práce byla obtížná*“.

Respondent 2 se také zmínil, že „*takový typický problém tam byl, že prostě maminka dá syna do (sociální – pozn. autora) služby, zařídí ten vstup do služby, mladej chlap, a očekává, že my ho naučíme samostatně žít, ale on potom, když se vrací zpátky k té mamince na víkendy, tak ona ho nenechá nic dělat*“.

Podle respondenta 1 „*ne všichni rodinní příslušníci měli tu snahu spolupracovat, brali to tak, že svého nemocného člena rodiny tam (do léčebny – pozn. autora) hodili a vy se starejte*“. Dodává ale také, že když „*tu snahu (rodinní příslušníci – pozn. autora) mají, tak spolupráce je výborná, ale musí oni chtít, já jako psycholog je nemohu nutit, mohu doporučit „choďte, zajímejte se“, ale musí být ta snaha teda z jejich strany*“. Respondent 1 je navíc toho názoru, že u osob se schizofrenií není vždy nutná hospitalizace.

Podle respondenta 8 hraje důležitou roli to, zda dotyčný člověk žije se svými rodinnými příslušníky nebo sám. Jestliže žije se svými rodinnými příslušníky ve společné domácnosti, tak „*rodina je většinou ráda, když s nimi (s osobami se schizofrenií – pozn. autora) někdo spolupracuje*“. Pokud ale žije sám, ve své vlastní domácnosti, tak „*angažovanost těch rodinných příslušníků není tak vysoká*“.

Respondent 6 poukazuje ještě na jeden problém obecné povahy. Zastává názor, že „*když rodiny nebo rodiče se obrací na odborníky, tak to vnímají jako problém a chtěli by samozřejmě tomu nejbližšímu, ať je to dítě nebo dospělá osoba, partner, co nejvíce pomoci. Zájem rodiny bývá velmi aktivní, v některých případech i „překativní“, protože se domnívají, že problém po poradě s odborníkem se vyřeší okamžitě*“.

K tomu ale respondent 6 dodává, že „*když se jedná o nějaký závažný problém a je tam třeba možná i negativní prognóza do budoucnosti, tak se (rodinní příslušníci – pozn. autora) snaží najít další a další odborníky, nechtějí se smířit s touto diagnózou*“.

Výzkum ukazuje, že spolupráce s rodinami osob, které trpí schizofrenií, má velmi různorodou povahu. Jsou rodiny, které velmi ochotně spolupracují, a jsou rodiny, které se do nějaké spolupráce zrovna nehrnou. Lze se domnívat, že s psychiatry či psychology budou spolupracovat o něco ochotněji než se sociálními pracovníky či sociálními pedagogy, s jistotou to ale není možné tvrdit. Každopádně ale nemůže být pochyb o tom, že spolupráce s rodinami nemocných je velmi důležitá. Jednak pomůže lépe pochopit situaci nemocného, jednak může posílit jeho motivaci k uzdravení či návratu do „normálního“ života.

5.9. Prognóza a návrhy

V předchozích kapitolách (přesněji *kapitolách 5.1.–5.8.*) byla řeč o tom, co všechno ovlivňuje sociální situaci osob se schizofrenií. V této poslední kapitole praktické části mé bakalářské práce bude řeč o tom, co by se mělo na práci s osobami, které trpí schizofrenií, změnit. Řeč bude jak o změnách, které jsou již takřkajíc na spadnutí, tak o změnách, které by bylo záhodno provést.

Bylo řečeno, že společnost má vůči lidem, kteří trpí schizofrenií, předsudky. Bylo tomu tak v minulosti, je tomu tak dnes, bude tomu tak i v příštích letech. Vždycky se najdou lidé, kteří budou mít ze schizofreniků strach a budou je označovat různými negativními nálepkami. Žádné předsudky nelze zcela vymýtit.

Můžeme ale ovlivnit míru těchto předsudků. K tomu bude zapotřebí nejrůznějších **edukačních programů**. Bylo by žádoucí zahájit rozsáhlou informační kampaň, během níž by se laická veřejnost mohla obeznámit nejen s projevy schizofrenního onemocnění, ale také s jeho léčbou. Schizofrenie není zcela nevléčitelné onemocnění. Ano, je to závažné onemocnění, ale při včasném podchycení jej lze úspěšně potlačit. Lidé, kteří schizofrenií trpí, mohou prožít poměrně dlouhý a důstojný život. Nemusí být nutně hrozbou pro své okolí. Ohrožovat své okolí dnes mohou pouze ti nemocní, kteří nejsou léčeni.

Reforma psychiatrické péče, která byla schválena v roce 2013, počítá s tím, že se sníží počet pacientů v psychiatrických léčebnách. Duševně nemocní lidé by již měli být převážně léčeni ve svém **přirozeném prostředí**, což sníží riziko zprětrhání přirozených sociálních vazeb a usnadní proces resocializace. Zároveň by tak mělo dojít k lepšímu **propojení lékařské péče se sociální péčí a sociální pedagogikou**. Jak ukázal výzkum, toto propojení je v současné době velmi slabé.

Samozřejmě bychom ale v souvislosti s reformou psychiatrické péče neměli podléhat bezbřehému optimismu. Existuje známé rčení o tom, že *cesta do pekla je dlážděna těmi nejlepšími úmysly*. Již mnohokrát se v minulosti stalo, že se nějaký, byť sebelepší, plán vymknul kontrole a přinesl zcela opačný efekt.

Nabízí se také otázka, zda se v budoucnu podaří **rozšířit sociální služby** pro osoby se schizofrenním onemocněním. Toto bude záviset čistě na finančních prostředcích státu.

A není žádným tajemstvím, že sociální služby jsou v naší zemi nedostatečně financované. Řada neziskových organizací, které sociální služby poskytují, doslova bojuje o přežití. A jestliže tyto neziskové organizace bojují o přežití, tak je to mnohdy „zásluha“ krajů, které nejsou schopny efektivně nakládat se získanými dotacemi z (nejen) evropských fondů. Proto je nutné, aby v čele regionů stáli zodpovědní lidé. A pokud tito lidé zodpovědní nebudou, měl by stát na jejich práci alespoň lépe dohlížet.

Téměř nikdo asi nepochybuje o tom, že v příštích letech dojde k dalšímu výraznému **pokroku na poli lékařské vědy**. I nadále budou vyvíjeny **nové druhy psychofarmak**. Možná budou ještě lepší než ta, která známe dnes. Je jen otázkou, jaká bude jejich dostupnost. A mluvíme-li o dostupnosti léků, měli bychom zmínit i dostupnost lékařské péče. Zažili jsme již nejednu zdravotnickou reformu, která spočívala především v zavádění nejrůznějších regulačních poplatků, čímž se pouze rozevřely ony pomyslné nůžky mezi sociálně slabšími a sociálně silnějšími skupinami občanů.

Existuje tedy celá řada způsobů, jak pozitivním způsobem ovlivnit sociální situaci osob se schizofrenií. A pokud bude ochota se tímto tématem seriózně zabývat, pak by měla být i vůle k dosažení výše uvedeného cíle.

Nabízí se tedy celá řada otázek, co by se v budoucnu mělo změnit, aby se zefektivnila péče (ať už lékařská nebo sociální) o osoby, které trpí schizofrenním onemocněním. Konkrétně by mohly zaznít i následující návrhy:

Podpora edukačních programů	ANO
Zakládání nových neziskových organizací	NE
Transparentní hospodaření s dotacemi na sociální služby	ANO
Podpora chráněných bydlení	ANO
Podpora chráněných zaměstnání	ANO
Podpora rozvoje lékařské péče	ANO
Podpora rozvoje farmakoterapie	ANO
Zakládání nových studijních oborů	NE
Podpora vzdělávání v oboru sociální práce a sociální pedagogika	ANO
Podpora mezioborové spolupráce	ANO

Tabulka 5: Možné návrhy na zlepšení péče o osoby se schizofrenií

Proč **NE**? Osobně si myslím, že není třeba zakládat nové neziskové organizace. Pokud budou lépe podporovány ty stávající, budou schopny pomoci všem svým potenciálním klientům. Není třeba ani zavádět nové studijní obory, z některých kapitol, které obsahuje teoretická část, jasně vyplývá, že obory sociální práce a sociální pedagogika zahrnují velmi pestrou škálu problémů, které mohou pomoci vyřešit.

Mezioborovou spoluprací pak je myšleno to, co již bylo mnohokrát zmíněno, a sice lepší propojení lékařské a sociální péče, resp. lepší návaznost sociální péče na péči lékařskou. „Verdikt“ **ANO** tedy může jen stěží překvapit.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo provést analýzu sociální situace osob se schizofrenií, popsat obecné i konkrétní situace, kterým tyto osoby čelí, a zmínit způsoby, jakými lze jejich situaci pozitivně ovlivnit. K dosažení tohoto cíle mi pomohl kvalitativní výzkum, jehož se zúčastnilo celkem devět osob, které jsou s danou problematikou nějakým způsobem obeznámeny.

Ukázalo se, že nejrozšířenějším typem schizofrenního onemocnění je paranoidní schizofrenie, přičemž poměr mezi muži a ženami, kteří jí trpí, je víceméně vyrovnaný. Schizofrenie pak velmi výrazně ovlivňuje sociální situaci těchto osob. Narušuje jejich kognitivní schopnosti, brání jim v sociálním fungování (navazování a udržování mezilidských vztahů), zkracuje délku života a může vést až k jejich sociálnímu vyloučení. Tato rizika pak mohou ještě umocnit předsudky společnosti vůči lidem, kteří schizofrenií trpí.

Schizofrenie pak má téměř vždy za následek invalidní důchod třetího stupně, protože významným způsobem narušuje pracovní schopnosti a dovednosti nemocného. Nemožnost pracovat vede k redukci příjmu a redukce příjmu vede ke zhoršení již tak složité sociální situace. Naštěstí ale existují služby jako chráněné zaměstnání a chráněné dílny, v jejichž rámci se osoby se schizofrenií mohou nějakým způsobem uplatnit.

Existují ale také systémové překážky, jimž musí osoby, které trpí schizofrenním onemocněním, čelit. Návaznost sociální péče na péči lékařskou je velmi slabá, což může mít za následek i to, že po propuštění z hospitalizačního zařízení nemocný neví, co dál, a nevidí před sebou žádný konkrétní cíl, za kterým by se mohl vydat. Smutné je to už proto, že spolupráce mezi psychiatry či psychology a sociálními pracovníky či sociálními pedagogy je velmi dobrá a obě zmíněné strany projevují ochotu spolupracovat.

Ukazuje se také to, že u osob, které trpí schizofrenním onemocněním, není vždy nutná hospitalizace. Existuje mnoho případů osob, které prodělají jednu ataku schizofrenie, a pak už se jejich stav dostane do normy. Hospitalizace navíc znamená vytrhnout nemocného z jeho přirozeného prostředí, takže by se její nutnost měla co nejvíce omezit. Tím by se jednak usnadnil proces následné resocializace, a jednak by došlo ke snížení nákladů na léčbu.

Není pochyb o tom, že léčba schizofrenie prošla v posledních padesáti letech velmi zásadním vývojem. „Středověké“ léčebné metody založené na bázi elektrošoků jsou již spíše minulostí, přibývá léků, jejichž užívání se obejde bez nežádoucích vedlejších účinků. Situaci by měla zlepšit i reforma psychiatrické péče, která byla ratifikována ministrem zdravotnictví MUDr. Martinem Holcátem v říjnu 2013. Cílem této reformy je mj. rozšířit komunitní práci s duševně nemocnými lidmi. Zatím je ale předčasné tvrdit, že reforma psychiatrické péče s sebou přinese jen samá pozitiva, protože se jedná o velmi „čerstvou“ záležitost.

Logicky se nabízí otázka, co by se v oblasti péče (ať už lékařské nebo sociální) o lidi, kteří trpí schizofrenním onemocněním, mělo zlepšit. V první řadě by se měla rozšířit již zmíněná komunitní péče (k čemuž by velmi brzy dojít mělo). Dále by se měla lépe propojit sociální péče s lékařskou. Po stabilizaci svého zdravotního stavu by měl nemocný vědět, jaké jsou jeho možnosti, jakým způsobem se může zapojit do pracovního procesu, co mu které zařízení sociální péče může nabídnout.

V neposlední řadě by se měla zlepšit informovanost společnosti o problematice schizofrenního onemocnění. Jak už bylo řečeno, společnost má vůči lidem, kteří schizofrenií trpí, nemalé předsudky. Má za to, že lidé se schizofrenií jsou velmi nebezpeční jedinci a měli by být tudíž drženi co nejdál od ní. K tomuto mylnému přesvědčení přispívají nemalou měrou také masmédia. Často slyšíme o tom, jak někdo, kdo trpí schizofrenií, někomu ublížil, ale v podstatě nikdy neslyšíme o případech, kdy se někomu podaří schizofrenii porazit a zapojit se do společenského a pracovního procesu. Mediální trh se zkrátka řídí filosofií, že špatná zpráva rovná se dobrá zpráva.

Bylo by tedy jediné dobře, kdyby byly zavedeny nejrůznější edukační programy, v jejichž rámci by společnost získala nové a hlavně přesné informace o daném tématu. Tím by se významným způsobem snížila míra předsudků společnosti a u osob se schizofrenií by se urychlil a také usnadnil proces resocializace.

Co se týče propojení sociální práce a sociální pedagogiky zaměřených na osoby, které trpí schizofrenním onemocněním, lze konstatovat, že obě tyto profese nemohou jedna druhou suplovat. Mohou ale navzájem spolupracovat a doplňovat se. Zatímco sociální práce s duševně nemocnými lidmi má už u nás poměrně bohatou tradici, sociální pedagogika na

svoji příležitost zatím trpělivě čeká. A pokud reforma psychiatrické péče splní svůj účel, mohla by se jí dočkat poměrně brzy.

Tématu schizofrenního onemocnění se věnuji již několik let. Je to téma velice zajímavé a hodné maximální pozornosti. A jsem přesvědčen o tom, že ačkoliv situace lidí, kteří trpí schizofrenií, je velmi složitá, došlo v předchozích letech k jejímu výraznému zlepšení. Ale to ještě není důvod k tomu, abychom usínali na vavřínech. Vůči osobám se schizofrenií máme pořád velký dluh a je na nás, jakým způsobem se jej pokusíme splatit. A přitom to nemusí být vždy tak složité! Stačí, když se o tomto tématu budeme alespoň bavit a naslouchat těm, kteří jsou do něj patřičně zasvěceni.

KRITICKÁ SEBEREFLEXE

Cílem mé bakalářské bylo zjistit, jaká je sociální situace osob, které trpí schizofrenií. O problematiku schizofrenního onemocnění z pohledu sociální práce a sociální pedagogiky se zajímám již několik let, tudíž mi je poměrně blízká. Jsem toho názoru, že se o něm v budoucnosti bude mluvit ještě častěji, než je tomu dnes. Přispět by k tomu měla reforma psychiatrické péče, která by si sama o sobě zasloužila, aby o ní byla napsána nějaká podobná práce. Upřímně doufám, že má bakalářská práce zaujme co největší počet lidí a přispěje k tomu, že se o schizofrenii začne více mluvit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Public Promotion, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.

BAŠTECKÁ, B. A KOLEKTIV. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4195-6.

BEER, M.D., PEREIRA, S.M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0363-7.

FARKOVÁ, M. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2008. ISBN 978-80-86723-64-8.

FROMM-REICHMANNOVÁ, F. *Principy intenzivní psychoterapie*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-250-80.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, s.r.o., 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HORKÝ, K. *Lékařské repetitorium*. Praha: Galén, 2003, 2005. ISBN 80-7262-351-6.

KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2009. ISBN 978-80-7419-017-9.

KOHOUTEK, R. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, pedagogická fakulta, katedra psychologie, 2007. ISBN 978-80-210-4434-0.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Lékařské repetitorium*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1967.

KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST, J. (Eds.). *Aplikovaná sociální psychologie III, Sociálněpsychologický výcvik*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0180-4.

MATOUŠEK, O. A KOL. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.

MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-992-5.

MÜHLPACHR, P. (ed.). *Dilemata sociální práce*. Brno: MSD, 2007. ISBN 978-80-7392-012-8.

MÜHLPACHR, P. (ed.). *Sociální práce jako životní pomoc*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-86633-62-4.

MUNDIER, M. *V čem spočívají specifika sociální práce se schizofreniky*. Brno: Obchodní akademie, Střední odborná škola knihovnická a Vyšší odborná škola knihovnických, informačních a sociálních služeb, 2011.

OREL, M. A KOLEKTIV. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.

POTŮČEK, M. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-01-X.

PROCHÁZKA, M. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3470-5.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: MAXDORF, s.r.o., 1996. ISBN 80-85800-33-0.

SVOBODA, M. [ed.], ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, s.r.o., 2006. ISBN 80-7367-154-9.

TKÁČ, J. *Základy psychiatrie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2008.

TOLAN, J. *Na osobu zaměřený přístup*. Praha: Portál, a.s., 2006. ISBN 80-7367-146-8.

VODÁČKOVÁ, D. A KOL. *Krizová intervence*. Praha: Portál, s.r.o., 2002, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

ZVOLSKÝ P. A KOLEKTIV. *Obecná psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-955-1.

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1 Základní typy schizofrenie
- Obrázek 2 Profese, které pomáhají osobám se schizofrenií
- Obrázek 3 Faktory ovlivňující sociální situaci osob se schizofrenií
- Obrázek 4 Vliv poznávacích procesů na chování osob se schizofrenií
- Obrázek 5 Nejdůležitější prvky sociální péče o osoby se schizofrenií
- Obrázek 6 Faktory ovlivňující výsledky výzkumu
- Obrázek 7 Průběh léčby schizofrenie
- Obrázek 8 Průběh léčby schizofrenie s návazností na sociální péči
- Obrázek 9 Míra symetrie mezi pomáhajícími profesemi

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 Charakteristika respondentů výzkumu
- Tabulka 2 Typ zkušeností respondentů s osobami se schizofrenií
- Tabulka 3 Nejčastější typ schizofrenního onemocnění dle respondentů
- Tabulka 4 Názor respondentů na nutnost hospitalizace u osob se schizofrenií
- Tabulka 5 Možné návrhy na zlepšení péče o osoby se schizofrenií

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Zkušenosti respondentů s jednotlivými typy schizofrenního onemocnění