

Univerzita Pardubice

Fakulta filosofická

Resocializace dospělých jedinců s psychotickým onemocněním
a jejich uplatnění v pracovním procesu

Bc. Tereza Bulíčková

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza Bulíčková**
Osobní číslo: **H11067**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Resocializace dospělých jedinců s psychotickým onemocněním a jejich uplatnění v pracovním procesu**
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Diplomová práce je zaměřena na pracovní uplatnění dospělých osob s duševním onemocněním, především jedinců s diagnózou schizofrenie. Cílem teoretické části je vymezení problematiky duševních onemocnění s důrazem na schizofrenii. Práce se zabývá stručnou historií péče o tyto jedince a charakteristikou současné podoby jejich resocializace. Dále uvádí definici kvality života osob se schizofrenií a pojem stigmatizace duševně nemocných, zejména v kontextu pracovního uplatnění. Cílem praktické části je popsat situaci zaměstnávání osob s duševním onemocněním na trhu práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ A. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
- FREUDENREICH, O. Psychotic Disorders: A Practical Guide. Philadelphia USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 275 p. ISBN 978-0-7817-8543-3.
- KALINA, K. Jak žít s psychózou. Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6.
- KOUKOLÍK, F. Lidský mozek: funkční systémy: norma a poruchy. Praha: Portál, 2002. 451 s. ISBN 80-7178-632-2.
- KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0.
- RABOCH, J.; PAVLOVSKÝ, P.; JANOTOVÁ D. Psychiatrie: minimum pro praxi. Praha: Triton, 2006, 211 s. ISBN 80-7254-746-1.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Ilona Ďatko, Ph.D.

Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce:

28. března 2012

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2014



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.
děkan



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. října 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 3. 2014

Bc. Tereza Bulíčková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Mgr. Iloně Ďatko Ph.D. za její podporu, věcné rady a připomínky, partnerský přístup a odborné vedení této práce.

Dále děkuji všem respondentům, kteří byli stěžejními elementy pro výzkum diplomové práce a odborníkům z dané problematiky, zejména Mgr. Pavlíně Štípkové, kteří mi poskytli cenné informace a podněty při zpracování této studie.

ANOTACE

Diplomová práce pojednává o resocializaci dospělých osob s duševními poruchami v kontextu pracovního uplatnění na chráněném a otevřeném trhu práce. Zaměřuje se na jedince s diagnostikovanou schizofrenií. Vysvětluje základní pojmy v psychiatrii, věnuje se stručné historii, současné péči a prognóze duševního onemocnění. Představuje formy podpory a možnosti pracovního uplatnění jedince s diagnostikovanou duševní nemocí. Studie nahlíží na duševní poruchu zejména z pohledu stigmatizace a diskriminace těchto jedinců na pracovním trhu. Zabývá se předsudky ve společnosti a postavením široké veřejnosti k nemocnému i postoji člověka s duševní poruchou k vlastní nemoci.

KLÍČOVÁ SLOVA

Duševní porucha; pracovní rehabilitace; pracovní uplatnění; resocializace; schizofrenie; sociální rehabilitace; stigma.

TITTLE

Social Rehabilitation of the Adults Suffering from Psychotic Disorder and Their Assertion in a Working Process

ANNOTATION

The thesis deals with the problematic of social rehabilitation of mentally ill adults in the context of finding employment in both protected and open labour market. It focuses on people diagnosed with schizophrenia. This thesis explains basic concepts in psychiatry, introduces brief history, current care and prognosis of mental illness. It introduces forms of support and options of employment of people diagnosed with mental illness. The thesis looks on the mental illness primarily as being stigmatized and the ill people being discriminated on the labour market. It deals with prejudice in the society and the approach of general public to the ill person as well as the attitude of the ill person towards his illness.

KEYWORDS

Job opportunities; mental disorder; occupational rehabilitation; resocialization; schizophrenia; social rehabilitation; stigma.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 DUŠEVNÍ PORUCHY	12
1.1 Psychóza, neuróza a psychopatie	13
1.2 Klasifikace duševních poruch	14
2 SCHIZOFRENIE	17
2.1 Stručná historie a současná péče	18
2.2 Příčiny vzniku schizofrenie.....	20
2.3 Klinické projevy schizofrenie	22
2.4 Průběh nemoci a její prognóza	24
2.5 Klinické formy schizofrenie.....	25
3 ČLOVĚK S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM A SPOLEČNOST.....	29
3.1 Pojem stigmatizace.....	30
3.2 Předsudky a mýty o duševně nemocných	31
3.3 Postoj společnosti k nemocnému	34
3.4 Postoj nemocného k vlastní nemoci.....	35
3.5 Práva duševně nemocných	36
4 RESOCIALIZACE OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM	39
4.1 Resocializace v oblasti stigmatizace, společenské izolace a smysluplného trávení volného času	41
4.2 Resocializace zaměřená na získávání sociálních dovedností a schopností.....	43
4.3 Podpora duševně nemocného jedince v oblasti bydlení.....	45
4.4 Podpora duševně nemocného jedince v oblasti pracovního uplatnění.....	47
5 ČLOVĚK S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM A PRÁCE	50
5.1 Ergoterapie (pracovní terapie, léčba prací)	52
5.2 Právní úprava zaměstnávání osob s duševním onemocněním	55
5.3 Nástroje politiky zaměstnanosti	56
6 FORMY PODPORY A MOŽNOSTI PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ JEDINCE S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM	59
6.1 Pracovní rehabilitace a sociálně terapeutické dílny	61
6.2 Chráněná dílna a chráněné pracovní místo	62
6.3 Přechodné zaměstnávání	64
6.4 Podporované zaměstnávání.....	65

6.5	Sociální firma	66
6.6	Současné trendy v oblasti zaměstnávání osob s duševním onemocněním.....	67
PRAKTICKÁ ČÁST: Analýza současné situace zaměstnávání osob s duševními poruchami v Pardubicích		
.....69		
7	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	69
7.1	Cíle výzkumu	70
7.2	Výběr výzkumného vzorku	71
7.3	Metodologie výzkumu a metoda zpracování získaných dat	72
8	ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	74
8.1	Možnosti pracovního uplatnění v chráněných podmínkách v Pardubicích	74
8.2	Organizace zastoupené v péči o duševní zdraví v oblasti pracovního uplatnění	78
8.2.1	Rozhovor s pracovní konzultantkou Podporovaného zaměstnávání	81
8.3	Názory a zkušenosti osob s diagnostikovanou schizofrenií.....	85
8.3.1	Práce jako sociální jistota	87
8.3.2	Mýty a předsudky z pohledu člověka s duševním onemocněním	89
8.4	Výzkumné závěry a doporučení	91
ZÁVĚR		95
SEZNAM LITERATURY		98

ÚVOD

Duševní nemoc doprovází lidstvo snad od počátku jeho existence. Každá epocha lidské pouti přináší svůj vlastní postoj k jedincům s duševními poruchami. Od dob vymýtní d'ábla z lidského těla i duše jsme už našťestí o nespočet kroků dál. Postupem času díky rozvoji lidského myšlení a snad lze říci i určité lidskosti, je dnešní podoba péče o duševně nemocné stavěna na pomoci, podpoře a snaze začlenit tyto jedince zpět do společnosti bez zbytečné stigmatizace, která ještě bohužel, na rozdíl od duše posedlé zlými duchy, doposud vymýcena nebyla.

Jaké to je, skutečně žít s psychózou? Žít někde mezi vlastními představami a realitou? Slyšet hlasy, které nikdo jiný neslyší, a vidět věci, které ve skutečnosti neexistují? Pro běžného člověka něco zřejmě nepředstavitelného a předepisujícího nemožnost pokračovat v životě, který jste začali. Moderní společnost klade na život každého jedince vysoké nároky, které s sebou přinášejí určitou fyzickou i psychickou zátěž, jež je velmi často jednou z příčin duševní poruchy. A vzhledem k uspěchanosti dnešní doby, která znamená o to více stresových podnětů, je duševní nemoc velmi vážné téma a zvláště záležitost, která může dosáhnout každého z nás.

Zejména pak dlouhodobá duševní nemoc se stává životním omezením, které by, bez pomoci a podpory rodiny, blízkých a v neposlední řadě i lidí věnujících se péči o duševně nemocné, člověk sám nedovedl zvládnout. Duševní nemoc člověka izoluje od okolí, přátel, celé společnosti a samozřejmě od zaměstnání. Duševní porucha sebere nemocnému radost ze života, pocit, že někam patří, i veškeré sociální hodnoty. Pokud se však nemocnému jedinci dostane vhodné pomoci, podpory a pochopení, stane se duševní nemoc pouze určitou jistotou, s níž se musí jedinec ve svém plnohodnotném životě naučit koexistovat.

Diplomová práce je zaměřena na problematiku pracovního uplatnění dospělých jedinců s duševním onemocněním. Téma duševně nemocných je velmi rozsáhlé, z toho důvodu je studie zaměřena převážně na osoby s dlouhodobou duševní poruchou, jakou je právě schizofrenie. Tito lidé mají z celé skupiny duševně nemocných největší potíže nalézt pracovní uplatnění. Ačkoli stát finančně podporuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením, mezi širokou veřejností a právě i zaměstnavateli těchto lidí dodnes panují určité mýty a předsudky, na jejichž základě pak zaměstnavatel přijme do pracovního poměru raději

osobu s tělesným postižením, namísto duševně nemocného. Velmi častá je i záměna člověka s duševním onemocněním za jedince s mentální retardací.

Diplomové práce pojednává o duševní nemoci schizofrenie z pohledu historie i současné péče. Je nahlédnuto do současného postavení duševně nemocného člověka ve společnosti i postavení se k nemoci samotného nemocného jedince. Předložená práce se dále věnuje možnostem podpory a pomoci v různých oblastech společenského, pracovního i osobního života člověka s duševním onemocněním. Zejména pak práci a uplatnění se duševně nemocného na otevřeném i chráněném trhu práce.

Praktická část diplomové práce je orientována konkrétně na zvolený region - město Pardubice. Výzkumné šetření je zaměřeno na zmapování současné situace zaměstnávání osob s duševními poruchami, zejména se schizofrenií. Tohoto cíle je dosaženo na základě dílčích otázek, které jsou zodpovězeny nesourodou formou na základě různých materiálů a výzkumného šetření. Výzkum je zaměřen na chráněná pracoviště, organizace zapojené do procesu pracovního uplatnění duševně nemocných a konečně na vlastní zkušenosti osob s diagnostikovanou schizofrenií na otevřeném i chráněném trhu práce.

Studie se věnuje oblasti pracovního uplatnění duševně nemocných a představuje duševní nemoc v její ucelené formě z několika pohledů. Z pohledu odborníků, široké veřejnosti i skrze zkušenosti lidí, kteří zažili duševní nemoc na vlastní kůži. Nejpodstatnějším sekundárním cílem této práce je představit duševní nemoc schizofrenii takovou, jakou doopravdy je. Ne tak, jak ji mnozí známe z předsudků, které jsou s tímto onemocněním spojovány. Předložená práce je zpracována takovým způsobem, aby na člověka s duševní poruchou nebylo nahlíženo jako na „blázna“ patřícího za mříže psychiatrické léčebny či „psychopata“ nebezpečného sobě i svému okolí. Záměrem je změnit pohled na duševně nemocného a považovat ho za sobě rovného ve všech oblastech lidského života.

1 DUŠEVNÍ PORUCHY

Duševní poruchy představují velkou skupinu nemocí, které mají značný dopad nejen na duševně nemocného, ale i na jeho rodinu, blízké přátele a celou společnost. Je obecně známo, že je duševní porucha natolik závažná, aby způsobila ztrátu sociálního postavení nebo pracovní neschopnost, a to v takové míře, že můžeme mluvit o selhání. Osoby s duševní poruchou nejsou v době projevu nemoci schopny adekvátně fungovat ve svém sociokulturním prostředí podle všeobecně uznávaných norem společnosti. Je na první pohled zřejmé, že na duševně nemocného člověka je ve společnosti nahlíženo odlišným pohledem než například na člověka s tělesným postižením. Na duševně nemocného tak dopadá tíha společenského hodnocení nemoci, které je způsobeno nedostatkem informací a utkvělými představami o „choromyslnosti“¹, jež vznikly v dávné minulosti.

Označení „porucha“ v odborné psychiatrii nahradilo užívání dříve běžného termínu „onemocnění“. Nový termín byl zaveden proto, abychom se vyhnuli stigmatizaci pacienta, zejména pak ve smyslu méněcennosti jeho osoby. U člověka s duševní poruchou můžeme předpokládat, že jeho onemocnění způsobí značné změny v jeho soukromém i pracovním životě. Podle německého psychiatra a psychoanalytika Mentzose (2012; s. 14), který mj. působil jako vedoucí lékař oddělení pro psychoterapii a psychosomatiku univerzitní kliniky ve Frankfurtu nad Mohanem, pojem porucha však rovněž přináší nový pohled, kdy je důraz kladen na dysfunkčnost – tedy na poruchu funkce. Nemoc a utrpení pacienta se tak dostávají mimo zorné pole. Duševní poruchy jsou dnes definovány výhradně deskriptivně, a to prostřednictvím přítomnosti či nepřítomnosti určitých symptomů, jimiž jsou charakteristické tělesné a duševní jevy, jež se kvantitativně či kvalitativně odchyľují od normy a které většinou rovněž implikují konkrétní onemocnění a soužení nemocného. V současných celosvětově uznávaných zavedených klasifikačních systémech (MKN-10²) jsou poruchy posuzovány podle relativně přísných pravidel, tzn., aby mohla být stanovena příslušná diagnóza, musí pro konkrétní psychiatrický případ platit nejméně pět z devíti daných deskriptivních znaků.

¹ Dříve užívaný termín pro duševní poruchu.

² Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10; desátá revize; aktualizovaná verze k 1. 1. 2013) má zajistit, aby nemoci, úrazy, příčiny smrti a další přidružené zdravotní problémy byly stejně vykazovány a tříděny ve všech členských státech Světové zdravotnické organizace (World health organization). (in: uzis.cz; 2010; internetové stránky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR).

Skupinu lidí se závažnými duševními poruchami tvoří jak mladé dospělé osoby, tak i starší jedinci se závažnými a většinou dlouhodobými psychickými problémy, jedná se tedy o heterogenní skupinu lidí. Duševní poruchy i symptomy, které jednotlivé nemoci provázejí, jsou rozmanité. Kromě schizofrenie, které se budeme v této studii věnovat přednostně, se jedná o závažné afektivní poruchy, kam patří deprese, úzkost nebo bipolární porucha, dále o poruchy organické, poruchy aktivity a pozornosti, poruchy osobnosti a závislosti.³ Mimo různé možné kombinace těchto poruch se dále může lišit i samotná intenzita a průběh konkrétní nemoci. Z toho vyplývá, že každý jedinec bude mít nejrůznější potřeby péče a podpory. Všichni nemocní mají však jedno společné, a tím je pocit omezení v každodenním životě.

1.1 Psychóza, neuróza a psychopatie

Termín „psychóza“ je řeckého původu, vzniklo ze slova *psyché*, které překládáme jako „duše“, a koncovky *-óza*, jež v medicíně znamená nemoc. Psychózou tedy rozumíme nemoc duše, nebo také duševní nemoc. Australský psycholog Carr – Gregg (2012; s. 116) ve své publikaci uvádí, že doslovný význam slova psychóza je *„stav mysli odchylný od normálu. Tímto termínem se v psychiatrii obecně označuje stav, při kterém nemocný ztrácí kontakt s realitou. Mladý člověk trpící psychózou vidí nebo slyší věci, jež ostatní nevidí a neslyší, anebo zastává určitá přesvědčení, která s ním ostatní nesdílejí. To všechno v něm vyvolává vztek, strach i zmatek.“*

Je obecně známo, že psychóza zásadně mění podobu života jedince, tedy jakým způsobem člověk nahlíží sám na sebe, na druhé lidi i na okolní svět, ve kterém žije. Skutečný svět ustupuje do pozadí a dopředu se dostává svět přeludů a fantazie. Nemocný se v takovém světě uzavírá a odtrhává se od ostatních lidí, tím se mu jejich všední realita stává cizí.

Mezi nemoci duše je možné řadit také neurózu, nemoc nervů. Jedná se o méně závažné onemocnění, než je psychóza, přesto není na místě ji jakkoli zlehčovat. Neuróza nezasahuje do nitra osobnosti a sociálních vztahů daného jedince tak hluboce jako psychóza. Český lékař - psychoterapeut Kalina (2001; s. 19) uvádí, že člověk, kterému byla diagnostikována neuróza, si nevytváří svůj „vlastní svět“. Osoba s neurotickým onemocněním žije v „běžném světě“, pouze podle svých potřeb a přání přibarvuje místa, osoby a situace, se kterými se v každodenním životě setkává. Díky tomu jedinec nenachází přiměřená řešení

³ In: MKN – 10; s. 189 – 258.

a často se dostává do konfliktů. Neurotik je ostatními většinou považován za podivína nebo obtížného jedince, v zásadě je ale pro okolí srozumitelný. Jeho příznaky a problémy jsou lidem blízké, neboť se objevují i u zdravých jedinců nacházejících se ve stresové situaci.

Ve starších publikacích se můžeme setkat také s pojmem psychopatie, který je často ztotožňován s pojmem psychóza. V současné době se již nepoužívá a byl nahrazen termínem porucha osobnosti. Podle Kaliny (2001; s. 19) rozumíme poruchou osobnosti celoživotně se vyvíjející úchylku v uspořádání osobnosti, nesouladem mezi jejími jednotlivými složkami a jejími vztahy k okolí, nejedná se tedy o nemoc s ohraničeným začátkem. Obtíže vyskytující se u osoby s poruchou osobnosti jsou podobné neurotickým, ale jsou výraznější, mají své výkyvy a objevují se v období zlepšování a zhoršování.

Psychóza je obecný pojem, podobně jako schizofrenie. Z toho důvodu je schizofrenie s psychózou často ztotožňována. Probstová (in Pěč; Probstová; 2009; s. 34), která je jedním ze zakladatelů sdružení Fokus, ve své publikaci uvádí, že etiologie psychotického stavu může být různá. Příčiny mohou být toxické, organické, traumatické nebo „nejasné – endogenní“. Za hlavní příznak duševního onemocnění lze považovat rozpad funkce já. Důsledkem toho je ztráta vnímání reality. Jedinec neodlišuje, co přichází zevnitř (vnitřní zkušenost) a co přichází z vnějšího světa. Další symptomy, jimiž jsou halucinace a bludy, jsou pak považovány za druhotné jevy. Jedná se o jakýsi pokus o nastavení rovnováhy a vytvoření fungujícího světa. Podle Mentzose (2012; s. 201) je klinický obraz schizofrenních psychóz tvořen závažnými psychickými symptomy, kterými jsou mimo jiné bludy, halucinace, přijímání cizích myšlenek, autismus nebo narušení schopnosti rozlišovat self a ne-self.

1.2 Klasifikace duševních poruch

V Evropě je od roku 1992 (v ČR od roku 1994) používána jako oficiální klasifikace 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů; zkráceně Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). V následující části je uváděn heslovitý přehled základního rozdělení duševních poruch a poruch chování (F00 – F99)⁴:

- F00 – F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

⁴ In: MKN – 10; s. 189.

- F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40 – F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50 – F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 – F79 Mentální retardace
- F80 – F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha

Soudobé klasifikační systémy jsou mnohými kritizovány, ale je nutné si uvědomit, že každý klasifikační systém je vždy pouhým zjednodušením. Určitým problémem podle Orla (2012; s. 86) tak mohou být kategorie hraničních stavů, v nichž mají diagnostické systémy možnost stírat individuální rozdíly mezi jedinci. Mahrová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 70) poukazuje na fakt, že jak v oblasti zdravotní péče o duševně nemocné, tak v oblasti péče sociální, není možné zůstat pouze u striktně popisného přístupu. Abychom mohli pacientovi co nejlépe porozumět, je třeba brát v úvahu jeho naprostou jedinečnost. Nejedná se pouze o symptomy, příčinu vzniku duševní poruchy, prostředí, ze kterého jedinec přichází, jeho zázemí nebo jeho slabé a silné stránky, ale je nutné si uvědomit, že nemocní se stejnou diagnózou podle MKN-10 mohou mít velmi rozdílné životy a prognózy.

Tato práce je zaměřena především na poruchu schizofrenie, která dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) patří do skupiny Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy (F20 – F29)⁵:

- F20 Schizofrenie
- F21 Schizotypální porucha
- F22 Poruchy s trvalými bludy
- F23 Akutní a psychotické poruchy
- F24 Indukovaná porucha s bludy
- F25 Schizoafektivní poruchy
- F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

⁵ In: MKN – 10; s. 202.

- F29 Neurčené neorganické psychózy

Dle MKN-10 (s. 202) jsou schizofrenické poruchy obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, přestože určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují:

- ozvučování myšlenek;
- vkládání nebo odnímání myšlenek;
- vysílání myšlenek;
- bludné vnímání a ovládání bludy;
- pasivita nebo ovlivňování;
- sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě;
- poruchy myšlení;
- negativní příznaky.

Schizofrenní poruchy jsou tedy vesměs doprovázeny význačnými poruchami myšlení a vnímání. Mahrová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 75) ve své knize charakterizuje typickou schizofrenní poruchu jako jev, kdy jsou v myšlení do popředí kladeny okrajové a nepodstatné rysy, které jsou v běžné lidské aktivitě potlačeny. Tyto nepodstatné rysy užívá osoba se schizofrenním onemocněním místo těch, které jsou v dané situaci relevantní a přiměřené, tím se myšlení stává nepřesným a nesrozumitelným pro okolí. U schizofrenních poruch mohou být přítomny bludy nejrůznějšího obsahu a vnímání může být narušeno přítomností halucinací, nejčastěji sluchových a zrakových (méně často pak halucinací tělesných, chuťových nebo čichových).

Deformace myšlení, nepochopitelného pro okolní svět, vytvoření si vlastního světa, bludy a halucinace, to vše mají schizofrenní poruchy společné. Detailní popis jednotlivých duševních poruch je však nad rámec této práce. Pro více informací o duševních poruchách je nutné nahlédnout mj. detailněji do publikací výše citovaných autorů.⁶ Nadále je studie zaměřena výhradně na konkrétní duševní poruchu, schizofrenii (F 20).

⁶ Mahrová a Venglářová (2008); Mentzos (2012); Kalina (2001); Orel (2012).

2 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je hlavním zástupcem psychotického onemocnění, které patří mezi nejvážnější lidské nemoci; ovlivňuje myšlení a vnímání nemocného jedince. Pacient s poruchou schizofrenie si vytváří vlastní neskutečný svět, čímž ztrácí kontakt s okolím a dochází k odcizení i s nejbližšími osobami. U člověka s tímto typem psychotického onemocnění dochází ke změnám osobnosti, což má podstatný vliv na jeho budoucí život, který je do značné míry omezen. Jedná se o omezení celkové kvality lidského života, ať už z prostředí sociálních vztahů, pojetí sama sebe nebo pracovního uplatnění nemocného jedince. Češková (2007; str. 13), česká psychiatrička, uvádí, že je schizofrenie diagnostikována zhruba u 25% pacientů hospitalizovaných a 50% pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok. Schizofrenie má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě a celosvětově tak patří mezi deset nejčastějších příčin úplné invalidity.

Schizofrenie je rozmanité a závažné, přesto určitým způsobem léčitelné, duševní onemocnění, které významně mění prožívání, chování i postoj nemocného člověka k reálné skutečnosti. Schizofrenie znemožňuje nemocnému žít běžným společenským životem, odcizuje ho od ostatních, což vede k častým změnám osobnosti, kdy nemocný člověk není nadále schopen pokračovat ve své životní dráze, a tudíž dochází k významným změnám v jeho dosavadním životě. Jarolímek (in Esprit; 2012; 5 – 6; s. 5), český psychiatr zabývající se zejména léčbou schizofrenie, ve svém článku uvádí, že schizofrenie je komplexní onemocnění, které vzniká nešťastnou souhrou psychologických, sociálních a biologických faktorů, kde důležitou roli hraje genetika, komplikace při porodu nebo infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství. Stejně tak již Alanen (1997; in Pěč; Probstová; 2009; s. 34), finský profesor psychiatrie, chápal schizofrenii jako komplexní problém, kde základem je reakce na životní krizi u takového jedince, který je z psychologického a biologického hlediska hůře než jeho vrstevníci „vybaven“ čelit vývojovým úkolům, problémům a deprivacím.

Schizofrenie, jak už bylo řečeno, patří mezi nejzávažnější duševní poruchy zejména tím, že ničí dosavadní život nemocného jedince v oblastech intelektu, emocí, osobnosti i sociálních vztahů. Člověk ztrácí kontakt s realitou, narušují se mu nejen vztahy k sobě samému, ale i k vnějšímu okolí. Česká psychoterapeutka Malá (in Malá; Pavlovský; 2002; s. 58 - 59) uvádí, že schizofrenií trpí přibližně 1% populace. Vrchol výskytu nemoci

je v adolescenci mezi 16 a 18 lety a pak kolem 25. – 30. roku. Asi 20 % pacientů má velmi dobrou prognózu, tedy, že za život prodělá pouze jednu epizodu onemocnění bez jakýchkoli následků. Český psychiatr a psychoterapeut Praško (in Praško a kol.; 2001; s. 15) k tomuto tématu dále uvádí, že schizofrenie se vyskytuje stejně často u mužů i žen. Rozdíl je pouze v počátcích onemocnění, které začíná ve velmi mladém věku, u mužů mezi 15 – 25 lety, u žen mezi 25. – 35. rokem. Schizofrenií, stejně jako to platí i u dalších duševních poruch, může onemocnět úplně každý.

2.1 Stručná historie a současná péče

Duševní poruchy nejsou ničím novým nebo typickým pro dnešní dobu a jsou doloženy v řadě pramenů již z období antiky. Je známo, že v dávných dobách byla léčba duševních poruch doprovázena modlitbami, zařikáváním a vyháněním zlých duchů z těla ven. Lidé věřili, že duševní nemoc je projev božího hněvu, kdy tělo člověka bylo posedlé démonem. Porter (1946; s. 16), který byl anglickým profesorem sociální historie medicíny v Londýně, dokonce popisuje, že někteří věřili, že specifické projevy šílenství mohou mít na svědomí různí bohové. Například pokud se jedinec choval „jako koza“, skřípal zuby nebo jeho pravá část těla byla v křeči, byla obviňována Hera, matka bohů. Když nemocný kopal kolem sebe a měl pěnu u úst, byl za bláznovství zodpovědný Ares. Z doby antiky je jedním z nejznámějších lékařů, kteří se věnovali psychice člověka, zcela jistě Hippokrates (460 – 377 př. n. l.), který se ve své době odvrací od mystických názorů a jako první považuje duševní nemoc za onemocnění mozku, jakožto projevu tělesného postižení. Hippokrates uplatňoval teorii čtyř tělesných tekutin, které mají na psychiku člověka vliv. Léčebná metoda znamenala vymýtít z těla nahromaděné tělesné tekutiny.

Kaláb (in Orel a kol.; 2012; s. 118) uvádí, že temnou dobou pro duševně nemocné byl středověk, především v Evropě převládalo přesvědčení nadpřirozeného původu nemoci. Pěči o nemocné převzali kněží, kteří se snažili očistit tělo „nemocného“ od démonů. Duševně nemocní byli drženi v temných sklepech, kde byli poutáni, pálení železem, bodání jehlami a jinými podobnými způsoby mučení. Lékařské názory, že duševní nemoc má tělesnou podstatu začaly však převažovat až koncem 15. století. K ochraně nemocného slouží v této době již i městské špitály, přesto postavení člověka s duševní poruchou v této době zůstává nešťastné.

Na počátku osvětenství je šílenství ještě stále prezentováno „za mřížemi“ a rozum už nemá s takovým člověkem nic společného. Jak ve své publikaci říká francouzský filosof a psycholog Foucault (1993; s. 60): „*Umím si představit člověka bez rukou, nohou, hlavy;*

ale neumím si představit člověka bez myšlenky; to by pak byl kámen nebo zvíře.“ Šílenství už není démonem v lidském těle, ale bestie v lidském těle. V průběhu 18. století byly zřizovány ústavy pro duševně choré, kde bylo s nemocnými zacházeno lépe.

U nás dochází k největšímu rozvoji péče o duševně nemocné, jak ve své publikaci předkládá český psychiatr Pavlovský (in Malá; Pavlovský; 2002; s. 12), za vlády Josefa II. Významné pokroky přicházejí po roce 1989, kdy dochází k redukcí počtu nemocničních a léčebenských lůžek ve prospěch ambulantní péče. Zlepšuje se kvalita života duševně nemocných, kteří teď mohou díky ambulantní péči vést život s co nejmenšími omezeními, ve srovnání s pobytem v uzavřených psychiatrických léčebnách.⁷

Duševní poruchy nás, jak již bylo řečeno, doprovázejí od počátků lidské existence. Kaláb (in Orel a kol.; 2012; s. 117) uvádí, že nahlédneme-li do životopisů některých slavných osobností, nalezneme u některých překvapující zjištění, že pravděpodobně měli co dočinění se schizofrenií. Ze slavných osobností to byl například fyzik a matematik Isaac Newton, francouzská národní hrdinka Johanka z Arku, hudební skladatel Georg Friedrich Händel nebo spisovatel Jack Kerouack. Nejznámějším příběhem současné doby je jistě osud Johna Forbese Nashe, který dostal Nobelovu cenu za ekonomii. Jeho život se schizofrenií je zdokumentován v románu Silvie Nasarové s názvem Čistá duše (A Beautiful Mind, 1998).⁸

Během dob se pojetí onemocnění schizofrenie a dalších duševních poruch samozřejmě měnilo, popis některých z nich však nacházíme již ve starověku. Věnujme se nyní konkrétnímu duševnímu onemocnění, schizofrenii. Smolík (1996; s. 147) ve své publikaci uvádí první zmínku o schizofrenii, která byla nalezena ve fragmentu z Ajurvedy starém 3400 let, popisujícím projevy, které by mohly být považovány za příznaky schizofrenie. Jedná se o stav způsobený d'áblem, který se projevuje žravostí, oplzlostmi, svlékáním se do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu. Vágnerová (2012; s. 333), která je přední českou odbornicí v oblasti pedopsychologie, vývojové psychologie a psychologie, uvádí přesnější vymezení schizofrenie z doby podstatně pozdější. V roce 1896 Emil Kraepelin (německý psychiatr; 1856-1926) ji nazval *dementia praecox*, tedy předčasná demence. Soudil tak z raného vzniku tohoto onemocnění, které vzniká nejčastěji v adolescenci nebo rané dospělosti, a dále z příznaků, kterými bylo zhoršování kognitivních funkcí a takový úpadek osobnosti, že můžeme mluvit o demenci. Vágnerová (2012; s. 333) dále představuje Eugena Bleulera (švýcarský psychiatr a profesor University v Curychu;

⁷ Více k historii duševních poruch například: Foucault M.: Dějiny šílenství (1993); Porter R.: Madness (2002) a další.

⁸ V roce 2001 podle románu Silvie Nasarové natočil režisér Ron Howard stejnojmenný film, který získal čtyři Oscary.

1857-1939), který v roce 1911 navrhl nový název „schizofrenie“, který je užíván dodnes, z důvodu, že ne vždy musí k průběhu nemoci, jaký popisuje E. Kraepelin, dojít. Samotný pojem schizofrenie je tedy jen něco přes sto let starý. Odborníci se shodují, že pojem schizofrenie pochází z řeckých slov *schizein* – štípat a *frén* – mysl. Lze jej tedy přeložit jako „rozštěp mysli“. Dodnes se můžeme setkat s mylným výkladem tohoto pojmu, který je chápán jako rozdvojení osobnosti, tedy jako by člověk měl ve svém těle dvě osoby.

V současné době existuje rozsáhlá péče o duševně nemocné osoby. Pomineme-li psychiatrické léčebny, ambulantní péči a farmakoterapii, je třeba zmínit v kontextu této práce rehabilitaci (sociální, pracovní, aj.), která se snaží začlenit nemocné zpět do společnosti. Velmi významnou součástí péče o duševně nemocné je psychoterapie. Vymětal (in Vymětal a kol.; 2004; s. 20), současný profesor lékařské psychologie a psychoterapie 1. LF UK v Praze, definuje psychoterapii takto: „*Psychoterapie je především léčbou, ale i primární prevencí a rehabilitací poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.*“⁹ Dále je třeba zmínit rozrůstající se síť komunitních center věnujících se péči o duševně nemocné, která jsou z velké části zřízena jako sociální služba, a dále podporu od rodiny, která je významnou součástí při léčbě duševní nemoci. Péče o člověka se schizofrenií, jak uvádí český psychiatr Bouček (2006; s. 64), by především měla být individualizovaná a zaměřená na postupné dosažení konkrétně stanovených cílů. Měl by se na ní podílet nejen psychiatr, ale i další členové terapeutického týmu: psychologové, sestry, sociální pracovníce, pracovní terapeuti a další.

2.2 Příčiny vzniku schizofrenie

Schizofrenie je v literatuře často uváděna jako příklad závažné duševní nemoci s komplexními dopady na život nemocného. Současná pojetí tohoto onemocnění zatím vždy počítají s biologickým poškozením a dále pak s celou řadou faktorů, které k propuknutí nemoci vedou. Česká psychiatrička, psychoterapeutka a supervizorka Foitová (in Pěč; Probstová; 2009; s. 215) uvádí, že od poloviny 70. let schizofrenii chápeme jako důsledek vzájemného působení dvou faktorů – dispozice a zátěže. Podle této teorie je dědičná nebo získaná vloha předpokladem směřujícím k selhání adaptivních funkcí duševního života pod vlivem zátěže. Přesná příčina vzniku schizofrenie není dodnes známa a není možné ji jednoznačně určit. Jak říká Vágnerová (2012; s. 334), argumentem, proč nelze příčinu

⁹ Více o psychoterapii viz kapitola 4.2, Resocializace zaměřená na získání sociálních dovedností a schopností.

vzniku jednoznačně určit, je především skutečnost, že se jedná o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují. Z tohoto důvodu lze předpokládat, že její vznik ovlivní soubor mnoha faktorů a jejich vzájemná interakce. Můžeme tedy tvrdit, že u schizofrenie se jedná o soubor dědičných předpokladů, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a podnětů z okolí, jež nemoc vyvolávají. Podobného názoru je Kalina (2001; s. 22), který za prvotní vlivy považuje dědičné faktory (např. křehké nebo nevyrovnané založení organismu), které však samy ke vzniku nemoci nestačí. K dalším dílčím vlivům tak patří poruchy vývoje v raném dětství, v tíživé rodinné situaci, v dlouhodobém nebo opakovaném stresu, který dítě zvládá nepřiměřeně z důvodu své dispozice. Podíl mohou mít také úrazy, záněty mozku apod. Vzájemné působení těchto vlivů není doposud přesně známo, předpokládáme však, že jejich přítomnost způsobuje určitou zranitelnost.

Zkoumáním schizofrenie je tedy potvrzeno, že k jejímu vzniku přispívají genetické faktory, dodnes však nebylo přesně určeno, o jaký typ dědičnosti se jedná. Schizofrenie má různý průběh i různé příznaky a můžeme tedy předpokládat, že i příčina může být geneticky různorodá. Češková (2007; s. 14) poukazuje na studie rodin, dvojčat a studie s adoptivními jedinci, které ukázaly, že genetické faktory hrají u vzniku schizofrenie významnou roli. Děti rodičů se schizofrenií mají dle těchto výzkumů 10x vyšší riziko, že onemocní schizofrenií. Předpoklad genetické informace nemusí hned znamenat vznik schizofrenie. Vnější vlivy mohou výrazně zvýšit riziko vzniku schizofrenie. Může se jednat o zátěže v prenatálním období, dále o komplikace při porodu, ale i o vlivy psychosociálního charakteru, které jsou spojené především s rodinou nemocného.

V kontextu vnějších faktorů, které mají vliv na dopad schizofrenie, Vágnerová (2012; s. 336) ve své publikaci představuje jednu z teorií vzniku schizofrenie, kterou je koncept vulnerability, který předpokládá u jedince zvýšenou citlivost k různým podnětům, jež jsou zejména sociálního charakteru. Takto disponovaní jedinci často bývají nadměrně zranitelní, a z tohoto důvodu nejsou schopni zvládnout ani běžné zátěžové situace, kterými může být například neúspěch, odmítnutí partnerem, odloučení od rodiny, nová role, změna zaměstnání, smrt blízkého člověka, apod. Co Vágnerová neuvádí je, že podobnou reakci s sebou nepřináší pouze negativní události, ale podobným impulsem se mohou stát i situace pozitivního charakteru, jakými může být například pracovní povýšení, nabídka k sňatku nebo výhra v loterii. Psychická zátěž je podobná. Může to být cokoli nového, odlišného od dosavadního stereotypu, co vyvolá chorobnou reakci, které je zcela nepřiměřená dané situaci a je tedy zřejmé, že se v tomto případě jedná o vrozenou dispozici nemocného. Problém tedy nespočívá v zátěži, nýbrž ve způsobu jeho zpracování.

Snad všichni autoři se shodují na faktu, že schizofrenie vzniká nejčastěji v době přechodu do dospělosti. Mladý člověk se odpoutává od vlastní rodiny a uvědomuje si, že nastal čas se osamostatnit. Na druhou stranu má strach. U rodičů je to obdobné. Vědí, že děti musí začít žít svůj život, ale přesto si přejí, aby zůstaly. Tím vznikají z obou stran protichůdné tendence. Jedinec, s genetickými faktory předpokládajícími schizofrenii, je osobnostně nezralý a mnohem zranitelnější a ne vždycky tuto situaci zvládne.

2.3 Klinické projevy schizofrenie

Schizofrenie představuje celou skupinu forem s rozmanitými příznaky, které v různé míře zahrnují narušené vnímání, myšlení, emoce, motivaci a chování. Abychom mohli schizofrenii diagnostikovat, musí se její příznaky projevovat po dobu alespoň jednoho měsíce. Dle Orla (2012; s. 115) je možné říci, že schizofrenie je „nemocí sta tváří“, neboť sto nemocných se schizofrenií ukazuje sto odlišných obrazů téže nemoci.

Typické příznaky schizofrenie se u odlišných forem onemocnění objevují v různé kvalitě i kvantitě a nemusejí se vyskytovat všechny najednou. Vágnerová (2012; s. 336 - 344) uvádí, že mezi typické příznaky schizofrenie můžeme uvést:

- poruchy kognitivních funkcí (myšlení, vnímání, poruchy ve verbálním projevu, narušení reality);
- poruchy emotivity;
- poruchy jednání;
- poruchy osobnosti (pojetí sebe sama).

Poruchy vnímání, jak uvádí Vágnerová (2012; s. 337 – 341), se vyskytují ve velké míře a mohou být velmi pestré. Na počátku onemocnění jsou typické iluze, které přecházejí do halucinací. Ty jsou nejčastěji sluchové. Narušení myšlení bývá komplexní a pojímá poruchy dynamiky, obsahu i formy myšlení. Dalším důležitým znakem je narušení orientace v realitě, která patří mezi základní projevy schizofrenie. Jedinec se schizofrenií není schopen adekvátně zpracovávat běžné informace, zhodnotit je a zapamatovat si je, zkrátka nedovede standardním způsobem vnímat podněty z okolí a velké problémy mu činí chápat jejich souvislosti a vztahy. Podněty hodnotí odlišným způsobem a přičítá jim jiný význam. Vágnerová (2012; s. 336 - 344) pro takové jednání uvádí příklad, kdy začne pršet a nemocný může tuto situaci pochopit jako znamení, že pršet již nikdy nepřestane a nastane potopa. Jedinec se schizofrenií tedy ztrácí kontakt s běžným vnějším světem a není schopen

se v něm adekvátně pohybovat. Nemocný se stahuje do sebe a vytváří si vlastní svět. Tyto projevy jsou u schizofrenie považovány za autistické. Posledním defektem, který řadíme do skupiny narušení kognitivních funkcí, jsou poruchy verbálního projevu. Řeč je inkoherní, nesouvislá, nesmyslná a ochuzená. Může se stát, že nemocný stále opakuje jedno slovo v jakékoli situaci. Typické je vytváření neologismů (tj. nová, neobvyklá a často nesmyslná slova) a komolení běžných slov.

Charakteristické pro schizofrenika jsou dále poruchy emotivity. Čeští psychiatři Dušek a Večeřová – Procházková (2010; s. 52) uvádějí, že emotivita je důležitou součástí psychických projevů každého člověka. Emoce jsou vyjádřením subjektivního vztahu k vlastním i okolním projevům a podílí se na regulaci a tvorbě postojů a chování ve všech formách. Vágnerová (2012; s. 341 – 342) říká, že v akutní fázi duševní nemoci převažují nepřiměřené emoce a s postupem času pak dochází k jejich oploštění a otupělosti. Citové reakce duševně nemocného jedince bývají neadekvátní k daným situacím, bývají nepředvídatelné i zcela opačné. Lidé s duševní poruchou mohou být na některé podněty až přecitlivělí a setkáme se i s projevy výrazné emoční lability. V pozdější fázi nemoci se pak objevuje spíše celková citová otupělost, apatie, útlum a neschopnost prožívat emoce. Ani tento projev není prognosticky příznivý.

Diagnosticky významné, jak uvádí Vágnerová (2012; s. 342 - 344), bývají určité nápadnosti v chování daného jedince, které velmi často vedou k prvotní úvaze o duševním onemocnění. Příkladem může být neklid, mluvení sama k sobě, neadekvátní smích nebo na druhou stranu pasivita a omezování kontaktů. Neméně závažným projevem schizofrenie jsou přítomné poruchy osobnosti, zejména porucha uvědomování si sebe samého. Nápadné jsou změny zejména v oblasti sebehodnocení. Duševní porucha doslova odtrhává nemocného od vnějšího světa a nutí ho k nadměrné koncentraci na sebe samého. Nemocný jedinec si tak v rámci bludného přesvědčení může myslet, že je středem světa a pozornosti ostatních, případně má různé nadpřirozené schopnosti. Slovy Vágnerové (2012; s. 343): „*Nemocnému trpícímu schizofrenií chybí přiměřený náhled na svou chorobu.*“ Právě toto je hlavní příčinou, proč mnoho jedinců se schizofrenií má problém s nedostatkem motivace k léčbě. Chybí přiměřený náhled na onemocnění a jedinec se tak domnívá, že není nemocný a žádnou léčbu nepotřebuje.¹⁰

Schizofrenie je řazena mezi závažná onemocnění, neboť je charakterizována výše zmíněnými poruchami myšlení, vnímání, osobnosti, orientace v realitě, poruchami jednání

¹⁰ Tématu postoje nemocného k vlastní nemoci se detailněji věnuje 3. kapitola Člověk s psychotickým onemocněním a společnost.

a poruchami emotivity. Je však na místě v tuto chvíli podotknout, že nedochází k poruchám inteligence, jak mnohá mylná přesvědčení tvrdí. Ovšem, může docházet k narušení komunikačních schopností a dovedností, uzavřenosti se do sebe a stranění se okolního světa, dochází k citové otupělosti a chápání jedince se může jevit oproti „zdravým“ jedincům pomalejší. Pomocí vhodné léčby je však možné tyto potíže odstranit. Inteligence jako taková zůstává nenarušena.

2.4 Průběh nemoci a její prognóza

Duševní porucha, konkrétně schizofrenie, začíná typicky v adolescenci. Vyskytuje se stejně často u žen i u mužů, u žen nastupuje zpravidla o něco později. Průběh nemoci je kolísavý a nestálý. Liší se síla a intenzita atak¹¹ nemoci, jejich změna, hloubka, stálost i trvání. Vývoj nemoci je tedy výsledkem působení mnoha vnitřních i vnějších vlivů. Jedná se o osobnost nemocného a jeho psychických i fyzických předpokladů pro zvládnání zátěže, ale také o faktory sociálního charakteru a míra intenzity stresových podnětů z okolí. Je jasné, že představuje velmi závažný problém nejen pro jedince a jeho rodinu, ale i pro jeho okolí a celou společnost. Podle MKN-10 (s. 202) je průběh schizofrenických poruch buď trvalý, nebo se může objevit jedna či více atak s úplnou nebo neúplnou remisí (uvolnění nemoci). Orel (2012; s. 115) uvádí, že zhruba u dvou třetin pacientů má schizofrenie tendenci chronifikovat a zkracovat tak délku života. Stejně jako konkrétní obraz i průběh schizofrenie bývá tedy velmi variabilní. Obecně lze pouze říci, že větší šance na příznivý vývoj v budoucnu má včasná léčba. První psychotická epizoda může nastoupit velmi rychle a prudce a ve většině případů vyžaduje hospitalizaci. V dalším průběhu nemoci může dojít k úplnému vyléčení nebo se příznaky objevují znovu v atakách. V období mezi atakami se jedinec může vracet k normálu nebo u něj přetrvává určitá úroveň reziduálních (přetrvávajících, doznívajících) příznaků. Poslední variantou je chronický průběh s přetrváváním nebo zhoršováním nemoci.

První příznaky nemoci zahrnují změny v chování, zvláštní pocity a myšlenky, změny ve vnímání okolního světa i sebe samého. Kromě toho se může objevit řada dalších příznaků, kterými může být podrážděnost, nespavost, úzkost, apod. Pro nemocné schizofrenií je typický buď častý výskyt opakujících se psychotických epizod, nebo mají dlouhotrvající psychotické příznaky. Češková (2007; s. 21 - 22) ve své publikaci uvádí, že asi třetina nemocných se po několika málo atakách dokáže vrátit k dosavadnímu způsobu života, u další třetiny

¹¹ Ataka = epizoda; náhlý náběh nemoci (Hartl; Hartlová; 2004; s. 60).

se epizody schizofrenie s remisemi střídají po celý život. V období remise však nemocní nejsou schopni vrátit se ke svému zaměstnání a není výjimkou, že jim musí být přiznán invalidní důchod. Poslední třetinu tvoří jedinci, kteří se, ani přes léčbu, příznaků schizofrenie nezbaví. Tito pacienti nejsou schopni samostatného života a jsou po zbytek života odkázáni na svou rodinu, případně zdravotnické zařízení.

Cancro a Meyerson (in Maj; Sartorius; 2003; s. 249 - 250) uvádí, že schizofrenii z hlediska celoživotní léčby je třeba po nástupu první epizody chápat podobně jako cukrovku. Léčba pacienta musí být trvalá, průběžná a komplexní. Léčba vyžaduje využití různorodých technik, od takových, které snižují příznaky nemoci, až po ty, které se starají o řádné sociální fungování klienta. Komplexní péče o duševně nemocné by měla zahrnovat farmakoterapii, vhodné organizační uspořádání zdravotnictví a pečovatelských služeb, využití metodik různých oborů a náležitou legislativní úpravu péče o tyto osoby. Vše by mělo probíhat v kontextu individuálních psychosociálních potřeb pacienta.

Prognóza onemocnění schizofrenie je závislá na mnoha faktorech – biologických, psychických i sociálních. Podobně na tuto oblast nahlíží Češková (2007; s. 22), která tvrdí, že prognózu je nutno zvažovat minimálně ve dvou dimenzích – přetrvávajících symptomů a úrovni sociálního fungování. Ukazuje se totiž, že nemocný jedinec může relativně dobře fungovat ve společnosti i přes přetrvávající symptomy schizofrenie. Nemocní schizofrenií mnohem častěji umírají na somatická onemocnění, mají až o 50% vyšší riziko smrti na tělesné onemocnění a o 20% kratší délku života. Mimo biologické, psychické a sociální faktory je třeba zmínit i neméně zásadní vliv kulturního prostředí, ve kterém nemocný žije. Je obecně známo, že ve vysoce diferenciovaných společnostech má schizofrenie často mnohem závažnější následky než v zemích rozvojových, kde má lepší prognózu zejména proto, že je společensky lépe přijímána.

2.5 Klinické formy schizofrenie

Německý neurolog a psychoterapeut Rahn, který se zaměřuje především na léčbu schizofrenie, a klinická psycholožka rovněž německé národnosti Mahnkopf (2000; s. 173), která se věnuje převážně léčbě depresí, ve své publikaci uvádějí, že rozdělení schizofrenie na typy vzniklo v důsledku rozmanitých klinických obrazů tohoto onemocnění a podle pozorovatelných změn symptomů a individuálního průběhu nemoci u jednotlivých osob. Všechny typy schizofrenie mohou směřovat k podobným poškozením v myšlení, emociálním prožitku i psychomotorice jedince.

Schizofrenie má několik forem. Klinické formy schizofrenie podle MKN-10 (s. 202 – 204):

F20.0 – Paranoidní schizofrenie.

Paranoidní schizofrenie je charakterizována relativně trvalými, často persekujícími bludy, které jsou většinou provázeny sluchovými halucinacemi a poruchami vnímání. Jedná se o nejběžnější typ schizofrenie, kterou je možno diagnostikovat relativně snadno. Paranoidní schizofrenie bývá charakteristická bouřlivými atakami nemoci, je doprovázena halucinacemi a bludnými přesvědčeními, které však vcelku dobře reagují na léčbu. Pavlovský (in Raboch; Pavlovský; Janotová; 2006; s. 76) dále uvádí, že se v chování může projevit agresivita, jež je zaměřená proti imaginárním nepřítelům. Časté jsou intrapsychické halucinace, které se objevují v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, případně o tom, že jsou nemocnému jedinci jeho myšlenky odnímány a zveřejňovány, nebo mu jsou naopak cizí myšlenky vkládány.

F20.1 – Hebefrenní schizofrenie.

Jedná se o formu schizofrenie, u které jsou nápadné afektivní¹² změny, bludy a halucinace jsou částečné a prchavé, chování neodpovědné, nepředvídatelné, myšlení je dezorganizované, řeč je inkoherentní (nesouvislá) a jedinec má tendence k sociální izolaci. Tato forma schizofrenie je typická pro adolescentní věk a v počátcích bývá složité odlišit ji od bouřlivě probíhající puberty. Projevy jsou například dezorganizované myšlení, sklony k pseudofilosofování, neobvyklá zlobivost, ztráta sociálních vztahů. Halucinace a systemizované bludy nejsou pro tuto formu schizofrenie typické.

F20.2 – Katatonní schizofrenie.

Katatonní schizofrenie je charakterizována zejména výraznými psychomotorickými poruchami. Projevuje se strnulými postoji, které mohou trvat dlouhou dobu. Epizody náhlého vzrušení mohou být kombinovány snovými stavy a živými halucinacemi. Jedná se o dnes velmi vzácnou formu. Pavlovský (in Raboch; Pavlovský; Janotová; 2006; s. 76) popisuje dvě podoby nemoci - produktivní a neproduktivní. Při produktivní podobě nemoci se objevují neobvyklé pohyby, impulzivní činy, vzrušenost, stereotypie v motorickém i verbálním

¹² Afekt = cit; afektivní = citový, např. u rozlišení mezi kognitivními (poznávacími) a afektivními (citovými) aspekty duševního života; příklad: Určitá osoba je přesvědčena, že je nemocná, ale necítí se nemocná. (Benson; 2010; s. 59).

projevu. V podobě neproduktivní je přítomen stupor¹³ a negativismus. Mahrová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 77) uvádí, že ve stuporu jedinec nereaguje na okolí, neznamená to však, že okolí nevnímá. Někdy může stupor přejít do náhlého neklidu. Objevují se vysoké horečky, svalová ztuhlost a metabolický rozpad.

F20.3 – Nediferencovaná schizofrenie.

Do skupiny nediferencované schizofrenie patří psychotické stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale které nelze zařadit do žádného z podtypů F20.0 – F20.2 nebo takové, které mají příznaky více než jednoho z nich, bez výrazné převahy nějakého zvláštního souboru diagnostických charakteristik.

F20.4 – Postschizofrenní deprese.

V případě postschizofrenní deprese se jedná o depresivní stav, který může přetrvávat a který se objevuje jako dozvuky schizofrenní nemoci. Některé schizofrenní symptomy musí být stále přítomny, ale nejsou již v popředí klinického obrazu. Tyto depresivní stavy doprovází zvýšené riziko sebevraždy.

F20.5 – Reziduální schizofrenie.

Reziduální schizofrenie je chronické stadium ve vývoji schizofrenní nemoci, kde je jasný postup z časné do pozdní etapy nemoci. Tato forma je charakterizována dlouhodobými, nikoli však nevratnými symptomy a poruchami, kterými jsou například psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, otupělost afektu, pasivita a nedostatek iniciativy, chudá řeč v obsahu i množství, špatná non-verbální komunikace, snížená péče o vlastní osobu a defektní sociální projevy.

F20.6 – Schizophrenia simplex.

Schizophrenia simplex je porucha s pozvolným, ale vzestupným vývojem podivností v chování pacienta, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadek celkového projevu. V této formě dominuje prohlubující se autismus, nelogičnost a emoční otupělost. Pacient nenavazuje s nikým kontakt, většinu dne se bez zájmu povaluje, nevěnuje se žádným činnostem a straní se společnosti. Simplexní schizofrenie je spíše postupným uzavíráním

¹³ Stupor = celková strnulost, nehybnost (Hartl; Hartlová; 2004; s. 572) Stav, ve kterém u jedince dochází k setrávání ve strnulých, často i nepřírozených polohách.

se do vlastního vnitřního světa. Jedinci s touto formou schizofrenie bývají již od dětství introvertní, samotářští a uzavření. Dominují zde spíše negativní příznaky nemoci, například snížená motivace, vůle, aktivita, apod.

F20.7 – Jiná schizofrenie.

Pavlovský (in Raboch; Pavlovský; Janotová; 2006; s. 77) uvádí, že do této skupiny můžeme zahrnout cenestopatickou Huberovu schizofrenii, která se projevuje hypochondrickými stesky, kvůli kterým je pacient často dlouhodobě vyšetřován s negativním somatickým a laboratorním nálezem. Že jsou stesky schizofrenní povahy, zpravidla ozřejmí až jejich narůstající bizarnost společně s výskytem některých typických schizofrenních projevů.

F20.8 – Schizofrenie NS

3 ČLOVĚK S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM A SPOLEČNOST

Přístup k duševně nemocným se za poslední roky jednoznačně změnil. Nemocní jedinci již nejsou „odstraňováni“ ze společnosti a zavírání do vězení a blázinců, přesto je společenská izolace nemocného od běžného života naneštěstí jedním z faktorů, které nemoc prohlubují. V posledních letech se podmínky života těchto lidí výrazně zlepšily, zvláště mluvíme-li o péči v období akutní fáze nemoci, tak i v období remise. Schizofrenie je však ještě dnes ze sociálního hlediska chápána jako výrazně stigmatizující onemocnění. Již přítomné předsudky jsou nadále posilovány nedostatkem přesných znalostí o příčinách tohoto onemocnění a různorodým průběhem nemoci u jednotlivých jedinců. Dnešní přístup odborníků k duševně nemocným výrazně zkvalitňuje jejich bytí a pomáhá jim vrátit se do jejich dosavadního života v co největší možné míře. I přes snahu lidí pohybujících se v odvětví péče o duševní zdraví jsou stále v dnešní době lidé s duševním onemocněním znevýhodňováni (například v zaměstnávání) a dochází k porušování jejich práv.

Již v počátcích nemoci, kdy si ještě jedinec ani okolí neuvědomují, že mají co dělat s duševní nemocí, často dochází ke změnám v rodinných vztazích i v celkové rodinné atmosféře. Nemocný se začíná uzavírat do sebe, ztrácí jistotu sám v sobě a odmítá kontakt s okolním světem, kterému přestává ve svých myšlenkách rozumět, a zvládnutí běžné komunikace mu přináší značné potíže. První projevy schizofrenie jsou nespecifické a snadno je lze přiřadit i k jiným příčinám, jako je podrážděnost, únava, nespavost apod. Zejména proto blízké okolí nemocného ani nenapadne, že se jedná o první signály závažné duševní poruchy. Komunikace s nemocným je velmi obtížná a neefektivní, a jeho chování podivné. Okolí ho nechápe a nemocný se tak začíná od vnějšího světa izolovat.

Rodina je v péči o duševně nemocného člověka základ, neboť je největším článkem sociálního světa pacienta. Dle Vágnerové (2012; s. 355) se obtíže při navazování kontaktu projevují již ve fázi před vypuknutím nemoci, proto tito jedinci mívají často méně sociálních vazeb mimo svou rodinu, bývají častěji svobodní a bez blízkých přátel. Bavíme-li se o péči o duševně nemocné, řadíme do jejího systému všechny osoby vyskytující se v blízkosti nemocného. Již zmíněnou rodinu, dále přátele, spolupracovníky aj. Duševní onemocnění je pro člověka nesmírnou změnou a vypořádat se s diagnózou bývá nelehkou zkouškou, při které vznikají rozpory ve vnitřním i vnějším světě jedince. Nastalé zvraty v okolí a pohled i jednání společnosti vůči němu samému je značným zásahem do psychiky a osobnosti daného jedince.

Duševní onemocnění je přesto dodnes zahaleno mnoha mýty a předsudky. Díky vzrůstající informovanosti odborné i laické veřejnosti se daří řadu omylů uvádět správným směrem. V současné době se najde ještě stále značně patrná část společnosti, která je přesvědčena, že schizofrenie je nemocí, již způsobila špatná výchova nebo slabost jedince. Mnoho lidí považuje schizofrenii za nevyléčitelnou a jedince trpícího touto nemocí za nespolehlivého, mnohdy i za nebezpečného člověka, který se o sebe neumí sám postarat.

3.1 Pojem stigmatizace

Jak už bylo řečeno, duševní poruchy se netýkají jen složky psychické a tělesné, ale podstatné změny nacházíme i po stránce sociální. Jsou značným břemenem nejen pro jedince samotného, ale i pro jeho rodinu a společnost. Stigmatizace je nejen zdrojem každodenních starostí pro nemocného, ale zejména je značnou bariérou, která jedinci brání interakci s okolním světem. Mohou se dostavit závažné důsledky, jakými je například stres, deprese, snížení sebevědomí, útlum a tím následná hospitalizace či dokonce snížení kvality dosavadního života. Český sociolog Jandourek (2001; s. 239 - 240) za stigma považuje *„označení, kterým se nějaká osoba ve své skupině odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo sociální normality, což ji ohrožuje v její sociální identitě a plném přijetí ze strany druhých.“*

Podle amerického sociologa kanadského původu Goffmana (2003; s. 12 – 13), vzniká stigma tak, že jedinec, který by býval mohl být společností dobře přijat, je nositelem charakteristického rysu, jenž se může do společnosti vnutit a způsobit tak, že lidé, kteří se s tímto jedincem setkají, se od něho odvrátí. Dochází tak k určité formě diskriminace ze strany společnosti, která se pak může projevovat různými tresty, posměchem, odmítavými reakcemi nebo dokonce omezováním práv. Hamid-Balma¹⁴, ředitelka Mental health promotion – Podpora duševního zdraví, se ve svém článku zmiňuje o starém Řecku, kde bylo stigma viditelným znamením na těle, které bylo vypalováno společensky nežádoucím osobám (otrokům, zrádcům, zlodějům, apod.). Přestože v současné době nejsou duševně nemocným vypalována žádná znamení, společnost se k nim mnohdy chová tak, jako by tomu tak stále bylo. Lidé, kteří mají zkušenosti s duševním onemocněním nebo stejně tak se závislostí, patří do skupiny nejvíce podceňované skupiny handicapovaných, a dokonce i přátelé, rodina či terapeuti těchto lidí jsou nuceni vypořádat se s určitým stigmatem, které s sebou duševní porucha přináší.

¹⁴ Sarah Hamid-Balma, Corrine Arthur in Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal, 2005 (in Esprit; 2009; 7 – 8, přeložila z angličtiny Pavlína Vágnerová).

V posledních letech vznikají strategie boje proti stigmatu. Američtí psychologové Couture a Penn (in *Journal of Mental Health*; 2003; s. 292 - 293) popisují dělení antistigmatických kroků do tří kategorií – protest, osvěta a kontakt¹⁵. Protestem je zde na mysli morální výzva k občanům, aby duševně nemocné přijímali pozitivně. Při osvětě jsou rozšířené mýty nahrazovány fakty. Nejdůležitější kontakt pak podporuje přímé setkání osob s duševní poruchou s jinými lidmi, přičemž se předpokládá, že lidé, kteří mají při kontaktu s těmito osobami bližší zkušenosti, mají o těchto lidech příznivější úsudky. Weeghel (in Pěč; Probstová; 2009; s. 24), holandský výzkumník v sociální oblasti, je názoru, že boj proti stigmatizaci musí začít v psychiatrii. Nejen že cílené kurzy mohou poskytovatelům pomoci uvědomit si své vlastní postoje a názory na stigmatizaci duševně nemocných, ale velkým krokem je budoucí boj proti postavení jejich klientů ve společnosti.

Podle českého psychiatra Libigera (in Raboch; Zvolský; 2001; s. 245) je stigma jakýmsi shrnutím předsudků o tom, co znamená být duševně nemocný. Pro mnohé pacienty to znamená vzdát se své samostatnosti a svého vidění skutečnosti a přijmout fakt, že budou společností považováni za nesvéprávné, ale také za nevypočitatelné a potenciálně nebezpečné. Často to také značí, že společnost bude jejich nemoc pokládat za nevléčitelnou a soudit tak, že patří do „blázinců“ a ústavů. Stigma tak vede k posílení příznaků a poškození, které s sebou onemocnění schizofrenie přináší.

3.2 Předsudky a mýty o duševně nemocných

Se stigmatizací duševně nemocných velmi úzce souvisí mýty a předsudky, které ztěžují interakci společnosti s lidmi s psychotickým onemocněním. Tyto předsudky jsou ještě dnes ve společnosti hluboce zakořeněny. Od dávných dob se společnost duševně nemocných bojí a odsunuje je na okraj, neboť je vnímá jako nebezpečné a nesamostatné lidi, kteří patří do vězení nebo ústavů. Je nutné si uvědomit, že duševní nemoc s sebou přináší značnou míru utrpení a omezení v dosavadním životě nemocného člověka. Bohužel i v dnešní společnosti nacházíme určité mýty a předsudky ještě zcela ve velké míře. Pomozme vyvrátit ty nejrozšířenější.

Byly zvoleny mýty, které jsou pro téma této studie stěžejními faktory, neboť se jedná o smyšlenky, jež jsou více nebo méně důvodem nezaměstnat člověka s duševní poruchou. Dále se jedná o mýty, které se nejčastěji objevují na prvních příčkách v různých publikacích a jsou mnoha autory, lékaři a dalšími odborníky považovány za ty nejstěžejnější

¹⁵ Corrigan a Penn; 1999.

v problematice postavení se společností k duševně nemocnému. Tyto mýty uvádí například česká psychiatrická a psychoterapeutka Valentová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 126 – 127) nebo pražská klinická psycholožka a psychoterapeutka Dyrehauge (in psychologie.cz; 2010).

1. mýtus: Schizofrenie je nevléčitelná.

Schizofrenie je velmi závažné onemocnění, se kterým se nemocný musí naučit žít. Nelze však tvrdit, že je nevléčitelná, alespoň ne takovým způsobem, jakým je toto tvrzení chápáno společností. Podobně jako u jiných chronických onemocnění je možné její symptomy utišit, aby mohl jedinec samostatně fungovat a žít plnohodnotným životem. Mnoho odborníků představuje tzv. pravidlo třetin¹⁶, které nám v praxi ukazuje, že přibližně u jedné třetiny nemocných veškeré symptomy zcela vymizí a jedinec je schopný vrátit se k dosavadnímu životu a plně vykonávat svou společenskou roli. Druhá třetina prodělává během svého života opakované ataky a symptomy u těchto lidí přetrvávají. Přesto jsou tyto jedinci schopni žít relativně produktivní život, ve kterém pracují a jsou zcela nezávislí na svém okolí. Teprve u třetí třetiny je prognóza nepříznivá, nemoc neustupuje ani po delším léčení a výrazně ovlivňuje život člověka. Onemocnění se postupně zhoršuje a chronifikuje. Tyto osoby se nevléčí a je nutná hospitalizace. Benson (2010; s. 125), anglický psycholog, představuje ještě druhé pravidlo, pravidlo čtvrtin. Dle těchto statistik je známo, že jedna čtvrtina pacientů se po první epizodě zcela zbaví všech příznaků a uzdraví se. U další čtvrtiny stále přetrvávají některé symptomy, přesto můžeme říci, že se vyléčí. Následující čtvrtina se vyléčí částečně a symptomy schizofrenie u nich přetrvávají. Poslední čtvrtina pacientů se nikdy nevléčí a jejich stav se trvale zhoršuje.

2. mýtus: Lidé se schizofrenií patří do ústavů.

V posledních letech se péče o duševně nemocné posunula o značný krok dopředu. Zejména je nutné zmínit současný vzestup ambulantní péče a snahu pomoci lidem s duševní poruchou znovu se začlenit do společnosti. Porovnáme-li tedy péči ambulantní a ústavní, jsou dnes mezi odborníky upřednostňovány programy, které jsou zaměřené na resocializaci nemocného v komunitě, ve které žije, před programy v léčebných zařízeních. Bylo dokázáno, že přítomnost rodiny nebo jiných blízkých má velmi pozitivní vliv na následný průběh duševní nemoci.

¹⁶ Valentová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 126); Češková (2007; s. 21 - 22); Benson (2010; s. 125) a další.

3. mýtus: Lidé s onemocněním schizofrenie jsou nebezpeční, agresivní a nevypočitatelní.

Duševní poruchy jsou v obecném povědomí velmi často spojovány s agresivitou a násilím. Nejvíce se bojíme toho, co neznáme a čemu nerozumíme. Koordinátorka projektu, Blázníš? No a!¹⁷, Jana Hronková (in Esprit; 2010; 9 - 10; s. 8) je názoru, že: *„Automatické propojování duševní nemoci s násilím je součástí mýtu, který prohlubují média a film. Divák může s násilníkem, který je ve filmu ukázán jako chudák duševně nemocný schizofrenií, snadněji soucítit než s bezcitným psychopatem. Na druhou stranu ale tak dostávají nálepku násilníka všichni lidé se schizofrenií, což samozřejmě neplatí.“*

Je známo, že osoby s psychotickým onemocněním mají o něco vyšší podíl na násilných trestných činech, je však nutné si uvědomit, že tyto trestné činy jsou páčány jedinci, kteří se nepodrobují nutné léčbě. Podle Dyrehauge (in psychologie.cz; 2010) nejsou jedinci se schizofrenií o nic agresivnější než lidé z běžné populace, je-li jejich nemoc léčena léky a psychosociální intervencí. Je ovšem pravda, že pokud není duševní nemoc léčena nebo není léčena správně, zvyšuje se riziko agresivního chování. Ve skutečnosti však lidé s duševní poruchou bývají mnohem častěji oběťmi, než pachateli trestných činů. Mnohem více pravděpodobné tedy je, že se nemocný člověk dopustí spíše násilí na sobě samém, než na druhém člověku. Je uváděno, že téměř polovina duševně nemocných se pokusí o sebevraždu.

4. mýtus: Lidé se schizofrenií jsou nesamostatní a potřebují trvalou péči jiné osoby.

Jak už bylo dříve řečeno, můžeme konstatovat, že dvě třetiny osob se schizofrenií jsou schopny adekvátně fungovat ve společnosti, postarat se o sebe a zvládat běžné každodenní činnosti. Je ale také zřejmé, že v případě zhoršení stavu nemocného při příchodu dalších atak, je na místě pomoc rodiny i odborníků. Jak říká Dyrehauge (in psychologie.cz; 2010), mnoho osob s duševním onemocněním může bez problémů vést normální, šťastný a produktivní život. Nemocný se naučí včas rozpoznávat příznaky své choroby a jak s přicházející atakou pracovat.

¹⁷ Projekt Verruecket? Na und! (Blázníš? No a!) iniciovala německá novinářka Manuela Richter-Werling, neboť si byla vědoma, že k rozšiřování mýtů o duševně nemocných velkou měrou přispívá nesprávné mediální pojetí těchto lidí. Projekt by měl nestigmatizovat duševně nemocné, učit mladé lidi komunikovat o duševních strastech apod. V roce 2005 tento projekt přejal FOKUS a rozšiřuje ho do českých středních škol. (in Esprit 9 – 10; 2010; s. 8).

5. mýtus: Lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a neschopní pracovat.

Lidé s onemocněním schizofrenie jsou schopni pracovat i přes přetrvávající symptomy nemoci. Nesčetné studie dokazují, že nemocní schizofrenií, kteří pracují, mají příznivější prognózu. Mnoho nemocných je schopno pracovat ve svém zaměstnání na plný úvazek, pro některé je výhodnější práce na částečný úvazek nebo dobrovolnictví. Pravdou ale je, že zaměstnávání osob s duševním onemocněním má svá specifika. Ochota zaměstnávat tyto osoby se však stále setkává s nepříliš vlídným přijetím. Podle Valentové (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 127) je to dáno tím, že klinický obraz takového jedince často kolísá a není tak stálý jako například u osob s mentálním postižením.

3.3 Postoj společnosti k nemocnému

Člověk s duševní poruchou je postaven do situace, kdy je omezován svou vlastní nemocí a musí nést společenské břímě, které s sebou jeho onemocnění přináší. Každá společnost je ovlivněna svými tradicemi a kulturně danými normami, které vytvořily předsudky a stereotypy, jak na duševně nemocné nahlížet. Laická veřejnost pohlíží na člověka se schizofrenií jinak než odborná. A stejně tak na nemoc nahlíží jinak lékař, sociolog, psycholog nebo právník. Například sociolog nemoc chápe jako úchylku. Český psychiatr Baštecký (1997; s. 18) uvádí, že důvod tohoto chápání plyne z faktu, že je tato nemoc společností shledána jako nežádoucí a nemocný jedinec se tedy odchyluje od chování a jednání, které je v dané společnosti očekáváno a schvalováno.

Jak říká Hamid-Balma¹⁸: „*Je nutné si uvědomit, že stejně jako si člověk nevolí svou rasu či pohlaví nebo nemůže ovlivnit své fyzické postižení, tak si také nevolí a nemůže ovlivnit svou duševní poruchu.*“ Goffman (2003; s. 13) používá silná slova, když tvrdí, že jako společnost věříme, že člověk se stigmatem není tak docela člověkem. Tento fakt vede k diskriminaci způsobem, že prostřednictvím tohoto mínění často nevědomky snižujeme životní úroveň osob s duševní poruchou. Negativní vnímání duševní nemoci jen podporuje přístup laické veřejnosti k nemocným a neméně k tomu přispívají i média, která společnosti podsouvají názory založené právě na laických předpokladech nikoli na odborných. V neposlední řadě jsou značnou ranou pro stigmatizovaného jedince společensky rozšířená oslovení jako „blázen“, „cvok“, ale nakonec i odborný termín „schizofrenik“, která mají negativní nádech, vytváří bariéru a tím zdůrazňují rozdíly mezi „pomatencem“ a „normální“ společností.

¹⁸ Sarah Hamid-Balma, Corrine Arthur in Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal, 2005 (in Esprit; 2009; 7 – 8, přeložila z angličtiny Pavlína Vágnerová).

Pokud člověk nemá dostatek informací, jak schizofrenie vzniká a jak se projevuje, může si ji vysvětlit vlastním způsobem, založeným na často mylných informacích. Z těchto důvodů se schizofrenie někdy po dlouhou dobu rozvíjí v soukromí a nedochází tak ke konzultaci s lékařem. První změny v chování nemocného jedince tak pociťují jeho blízcí, zvláště rodina. Jak už bylo řečeno, duševní porucha není závažným problémem jen pro jedince samotného, ale k podstatným změnám dochází i v životní dráze členů jeho rodiny. Je známo, že jakákoli vážnější onemocnění vyžadují zapojení a pozornost rodiny, je však stejně důležité, aby si jednotliví členové udrželi svůj dosavadní život a vývoj. V případě krize rodiny v důsledku nemoci se běžná rovina ztrácí a život celého společenství je soustředěn výhradně na pacienta. Podle Kaliny (2001; s. 133) se to může projevit dvěma způsoby. Prvním je stav, kdy rodina zahrne nemocného nepřiměřenou ochranou, dělá vše jen kvůli němu a donekonečna se probírají jeho potíže, příznaky a obavy z budoucnosti. V druhém případě je rodina nemocí zklamána a považuje to za neúspěch, potíže nemocného nebere v úvahu a bez uvědomování si rizik se jej snaží vtáhnout zpět do dosavadního života. Pokud to nejde, vyčlení ho ze svého společenství.

Krize, která přichází s onemocněním jedince, naruší vždy rovnováhu v rodině a může dostat na povrch nevyřešené problémy. Zátěž, jež je na rodinu kladena, vede k narušení dosud fungujících pravidel. Podle Vágnerové (2012; s. 358 - 360) potvrzením diagnózy schizofrenie získá nemocný v rodině novou roli, která dále souvisí i s novým uspořádáním rodinných vztahů. Rodina proměnu osobnosti velmi často nezvládá, narušuje se komunikace a vytvářejí se bariéry, které nemůže jedinec sám bez ostatních překonat. Reakce rodiny závisí také na roli, jakou nemocný zastával před vypuknutím nemoci.

Podpora rodiny je pro duševní poruchy zásadním krokem kupředu při léčbě a resocializaci nemocného. Nejen duševně nemocný, ale i samotná rodina potřebuje získat podporu a pomoc. Zdraví členové rodiny se nemohou vzdát svých dosavadních životů, soustředit se pouze na nemocného člena a obětovat mu všechn svůj čas. Opora v rodině pro člověka s duševním onemocněním je významná už jen proto, že negativní rodinné klima velmi úzce souvisí s vážnějším průběhem nemoci.

3.4 Postoj nemocného k vlastní nemoci

Duševně nemocný si plně uvědomuje změny, jež s nemocí přicházejí. Ztrácí se nejen ve vnějším světě, ale i sám v sobě. Na rozdíl od zdravého člověka, který si uvědomuje hranice mezi sebou samým a vnějším světem, má člověk s duševní poruchou tyto hranice posunuté nebo je nerozeznává vůbec. Nemocný se přestává orientovat v běžném světě a uniká do světa

fantazie. Nová podoba vnímání je však značně děsivá a nese s sebou stavy, v nichž nemocný může prožívat deprese, úzkost, strach a beznaděj. Začne se cítit v ohrožení. Valentová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 129) se odkazuje na Jarolímka (in Esprit; 2002), který upozorňuje na fakt, že v těchto případech velmi často dochází k tzv. selfstigmatizaci (sebestigmatizaci), kdy se člověk se schizofrenií cítí jako méněcenný, má zvýšenou tendenci se podceňovat a má pocit, že se do okolního světa nehodí.

Schizofrenie je již předem stigmatizované onemocnění, z toho důvodu se jedinec, který onemocní, bojí tento fakt přiznat nejen svému okolí, ale i sám sobě. Má strach, že ho ostatní zavrhnou a vytvoří se mezi ním a okolním světem bariéry, které nepůjdou již nikdy překročit. Toto chápání skutečnosti může mít však velmi vážné důsledky. Nemocný na základě těchto představ ztrácí sebevědomí, začne se uzavírat sám do sebe a chovat odtazité, až se zcela úplně vyhýbá veškerým kontaktům. Hledá důkazy, které stigma pouze ještě více podporují, tzn., že stigmatizuje sám sebe. Baštecký (1997; s. 20) konstatuje, že postoje nemocného ke své vlastní nemoci mohou být různé. Jedni vidí život omezený ve svobodě, jiní výzvu k boji a další paradoxně osvobození, které představuje únik z každodenních starostí.

K sebestigmatizaci se také vyjadřuje Goffman (2003; s. 22), který říká: „*Bez zdravé zpětné vazby plynoucí z každodenního společenského styku může v člověku, jenž sám sebe uvrhne do izolace, začít klíčit podezřívavost, deprese, nepřátelství, úzkost a zmatek.*“ To, že je člověk považován ve společnosti za méněcenného, vytváří v nemocném člověku pochybnost, která způsobí, že při běžné interakci s okolím znejistí. Kalina (2001; s. 167) také představuje jednu z chyb, které se nemocní s duševní poruchou dopustí. Tito jedinci často srovnávají svůj život před nemocí s tím současným, a to způsobem, že to, co je teď, v nich vyvolává bezvýchodné pocity. Samotná nemoc nepřináší nikdy nic dobrého. Důležité je, v jaké podobě ji člověk přijme. Životní krize, kterou člověk překoná, může vždy přinést i něco dobrého.

3.5 Práva duševně nemocných

Lidé s duševními poruchami ve společnosti zastupují skupinu nemocných, kteří vyžadují zvláštní právní postavení, neboť mají svá specifika. Slovy Bašteckého (in Höschl; Libiger; Švestka; 2002; s. 816): „*Nemocní duševními poruchami nemohou totiž za určitých okolností činit adekvátní rozhodnutí, někdy se dostávají do konfliktu s právními předpisy a společenskými zvyklostmi a v důsledku duševní poruchy mohou jednat ke škodě své nebo společnosti.*“ Nejen proto je třeba, aby jejich právní postavení bylo

upraveno zákony a dalšími právními normami. Přesto je v České republice právní úprava pro duševně nemocné velmi nedostačující. Chybí samostatný zákon, který by problematiku a ochranu duševně nemocných upravoval. Práva a postavení duševně nemocných v České republice se odvíjí od postavení a práv osob se zdravotním postižením.

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR¹⁹ (in nrzp.cz; 2009) konstatuje, že na rozdíl od většiny evropských států (včetně těch postkomunistických), se České republice doposud nepodařilo vytvořit standardní nástroje politiky péče o osoby s duševní poruchou v podobě právních norem. Je však nezbytné zmínit, že aktuálně je připravována Reforma psychiatrické péče, která si klade za cíl zlepšit život duševně nemocných. V říjnu 2013 byla na tiskové konferenci na Ministerstvu zdravotnictví ČR zveřejněna Strategie reformy psychiatrické péče, která je zásadním dokumentem nastavujícím cíle, úkoly a rozpočtový rámec na roky 2014 až 2023. Strategie navrhuje systémovou změnu, která má podobu budování nových a inovativních forem péče, a to zejména formou center duševního zdraví, které mají zajistit lepší dostupnost péče. Dalším zaměřením jsou destigmatizační a vzdělávací aktivity a v neposlední řadě aktivity zaměřené na humanizaci stávajících prvků psychiatrické péče (tj. psychiatrické nemocnice a oddělení).²⁰

Práva duševně nemocných jsou stejná jako práva každého z nás a jsou zakotvena zejména v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. V roce 2010 byla vyhlášena Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která je součástí Sbírký mezinárodních smluv, kde je zapsána jako č. 10/2010 Sb. Úmluva se zaměřuje na uplatňování práv duševně nemocných s ohledem na jejich specifika a odlišnosti. Řeší veškeré oblasti jejich života, od rovnosti před zákonem, přes léčbu, nezávislý způsob života, respektování soukromí, až po otázku práce a vzdělávání.

Pavlovský (in Malá; Pavlovský; 2002; s. 119) zdůrazňuje, že u jedinců s duševní poruchou musí být zvláště chráněna tato práva: právo na rovnoprávnost a svobodu, právo na svobodu projevu, právo na svobodu informací o zdravotním stavu, nemoci a způsobu léčby, právo na svobodu pohybu a právo na ochranu soukromí a na listovní a telefonické tajemství. Současná doba též předkládá nutnost dodržování práva na ochranu osobních dat, které je spojeno s povinností všech zdravotníků zachovávat mlčenlivost. V neposlední řadě by nemělo docházet k porušování lidské důstojnosti.

¹⁹ NRZP ČR je celostátně působící občanské sdružení, které zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením (dále jen OZP) při jednání se státními a veřejnými institucemi. Jejich úkolem je přispívat k integraci OZP do společnosti a důsledně obhajovat jejich lidská práva. (in nrzp.cz; 2010) Mimo jiné se tato organizace podílí na tvorbě Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením; v současné době je aktuální pro období 2010 – 2014.

²⁰ In: reformapsychiatrie.cz; 2013.

Jako každý jiný občan má duševně nemocný člověk právo na práci a právo dostat za ni patřičnou a spravedlivou odměnu. Má právo na přiměřenou životní úroveň, tedy bydlení, lékařskou péči aj. Má nárok být informován o své nemoci a právo se podílet na rozhodování týkajících se jeho léčby. Neméně důležité je právo na soukromí, lidský kontakt a právo být svým okolím respektován a brán jako rovnocenný. Neměli bychom tedy jedince s duševním onemocněním považovat za jedince vyčleněného ze společnosti, ale měli bychom s ním jednat jako se sobě rovným. Měli bychom ho respektovat a chránit jeho práva ve všech ohledech.

4 RESOCIALIZACE OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Léčba i resocializace u člověka se schizofrenií trvá ve většině případů vcelku dlouhou dobu a během ní může dojít k řadě komplikací při změnách symptomů nebo střídání atak s remisemi. Práce s lidmi s duševním onemocněním je komplikovaná a vyžaduje kombinaci více způsobů léčby. Při hospitalizaci pacienta se jedná především o léčbu pomocí antipsychotik²¹, neboť abychom mohli člověka s duševní poruchou resocializovat, je třeba oprostít jej od psychotických příznaků. Farmakoterapie je nad rámec této práce a je příhodné přenechat její výklad odborníkům.²² Schizofrenie je léčitelná, ale je důležité, aby nemocný jedinec léčbu akceptoval a užíval léky, které mu lékař předepsal. Bez léčby není možné navrátit se zpět k životu.

Práce s lidmi s duševními poruchami by bylo možné rozdělit do tří pomyslných kroků. V první řadě stojí již zmíněná léčba a hospitalizace, která je v rukou psychiatrů a jiných lékařů, a pro tuto studii není třeba se do tohoto tématu příliš pouštět. Druhým krokem je pomoc a podpora člověka s duševním onemocněním neprodleně po stabilizaci jeho nemoci. Péče o duševně nemocné je v dnešní době plně nakloněna mimoústavní péči. Po hospitalizaci nemocného je třeba zajistit přechod do ambulantní péče a předat dostatečné informace rodinným příslušníkům, kteří se budou nadále o nemocného starat. Člověk s duševní poruchou nemůže žít jen s myšlenkami na svou nemoc, proto je velmi důležité, aby se od svých problémů odpoutal. Kalina (2001; s. 206) je názoru, že právě tím prvním impulsem směřujícím k resocializaci klienta se schizofrenií je věnovat se minimálním životním aktivitám, které s obtížemi nesouvisí, a vydat se cestou malých životních změn v jiných oblastech. Je velmi časté, že na počátku jde nemocný jedinec hlavou proti zdi, kterou se snaží prorazit, aby mohl pokračovat tou samou cestou. Nakonec však dojde názoru, že tudy cesta nevede a jediným možným řešením je otočit se a vydat se dveřmi, které vedou úplně jiným směrem. Slovy Kaliny (2001; s. 206): „*Je možné žít s psychózou, ale žít proti psychóze možné není.*“

Je nezbytné, aby člověk s duševním onemocněním došel k přesvědčení, že nemoc, která na chvíli zastavila jeho životní dráhu, není v žádném případě konečnou stanicí,

²¹ Antipsychotikum (dříve označováno jako neuroleptikum) je látka, která uvádí vegetativní nervový systém do klidu, příznivě ovlivňuje myšlení a chování (tlumí bludy, neklid a halucinace), proto má příznivý účinek u psychóz, zejména u schizofrenií. (Hartl; Hartlová; 2004; s. 352).

²² Více k tomuto tématu je možné nalézt u autorů: Češková (2007), Švestka (in Raboch; Zvolský; 2001), Malá a Pavlovský (2002).

ale jen přestupní. Je nutné ukázat takovému člověku, že má řadu možností a hlavně pozitivních vyhlídek, jak žít běžným životem. K těmto účelům slouží sociální pracovník, který veškeré informace poskytne. Spolupráce s člověkem s duševní poruchou tak neklade velké nároky jen na nemocného jedince, ale i na sociálního pracovníka. Důležitá je komunikace, kvalita vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, jejich společný přístup ke klientovu návratu do společnosti a možnostem jeho znovuzařazení do každodenního života. Valentová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 128) říká, že v sociální práci s lidmi s psychotickým onemocněním je třeba brát v úvahu jejich mnohdy sníženou vůli řešit běžné životní situace. Také se nejednou setkáme s omezeními v každodenních činnostech, kterými jsou péče o sebe, hygiena aj. Nejen z těchto důvodů bychom se měli v práci s člověkem s duševní poruchou snažit jej v plném rozsahu podporovat a stanovovat mu cíle, které budou pro jeho aktuální stav přiměřené. Nemůžeme očekávat zázraky ani rychlý vývoj, neboť resocializace duševně nemocného člověka je dlouhodobý proces, vyžadující velkou dávku pochopení, porozumění, podpory a především trpělivosti nejen naší, ale i samotného klienta.

Posledním, třetím krokem při práci s lidmi s duševní nemocí je samotná resocializace. V dnešní době je klientům s duševním onemocněním nabízena řada služeb a programů, které jim v návratu do společnosti pomohou. Jak bylo řečeno, sociální pracovník poskytne veškeré informace, kam se klient může obrátit a vyhledat pomoc i podporu v různých oblastech resocializačního procesu. Klient sám si určuje, co by pro něho mohlo být tím nejlepším řešením. Resocializace u duševně nemocného má řadu podob, například formou terapií, pomoci asistenta (zejména při řešení bydlení nebo při hledání zaměstnání – pracovní konzultant), organizací určených pro pomoc lidem s duševním onemocněním nebo i formou svépomocných skupin, které jsou významné zejména tím, že se jedná o setkávání se s lidmi s podobným životním osudem.

Při práci s duševně nemocným klientem je vždy nutné respektovat jeho současné možnosti a aktuální psychický i fyzický stav. Je třeba správně odhadnout míru jeho tolerance k zátěži, neboť přetížení může znamenat značné riziko selhání pacienta a návrat k začátkům spolupráce. Práce s lidmi s duševní poruchou vyžaduje orientaci v základní psychopatologii konkrétní duševní nemoci. Je důležité, abychom při kontaktu s nemocným jedincem naslouchali jeho názorům, vnímali jeho prožitky a dávali najevo své porozumění, měli bychom se chovat přirozeně, se zájmem a s respektem. Valentová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 126) dodává, že při činnosti s osobou s duševním onemocněním mohou

naši vzájemnou komunikaci narušovat a komplikovat sluchové halucinace, které jsou tzv. třetí osobou v našem rozhovoru, a nutno dodat, že nemusí být zrovna na naší straně.

Shrňme-li tuto kapitolu, dojdeme k názoru, že k resocializaci člověka s duševním onemocněním vede dlouhá cesta skrze řadu odborníků a dochází k propojení mnoha oborů. Pokud by lékaři nebrali v úvahu nutnost spolupráce se sociálním pracovníkem, asi bychom se k samotné resocializaci nikdy nedostali. Aby měl klient s duševní poruchou zájem zařadit se do procesu resocializace, musí mít o těchto možnostech informace a musí vědět, že je to pro něho vhodným, nikoli nezbytným a přikázaným, řešením. V resocializaci je nejdůležitější, že je klient případné spolupráci plně nakloněn.

4.1 Resocializace v oblasti stigmatizace, společenské izolace a smysluplného trávení volného času

Lidé s duševním onemocněním bývají velmi často „oběťmi“ společenské izolace. Jejich onemocnění jim může znehodnotit dříve vybudované vztahy a získávání nových kontaktů je pro ně velmi obtížné. Díky všeobecnému negativnímu vnímání duševní nemoci dochází u jedince k omezení kontaktů se společností a uzavírání se do sebe. Při resocializaci osoby s duševním onemocněním je úkolem sociálního pracovníka pomoci mu překonat určitý strach z odmítnutí okolí, dodat mu sebevědomí a upozornit ho, že duševní nemoc není tak závažným handicapem, který by mu bránil vést „normální“ život.

Informovat pacienta o povaze jeho onemocnění, vhodných léčebných i životních opatřeních a dalších možnostech jeho životní cesty by mělo stát na předních příčkách sociální práce s klientem. Nemocný má právo vědět, co se s ním děje a jak nejlépe rozumět své nemoci. K tomu slouží psychoedukace, která je základní formou spolupráce a upevňování vztahu nejen sociálního pracovníka s duševně nemocným, ale i pracovníka se členy rodiny nemocného a nutno zmínit, že se často také snaží o zachování, vytvoření nebo upravení vztahů nemocného s jeho nejbližšími příbuznými. Slovenská psychiatricka Babiaková a česká psychoterapeutka a supervizorka Venglářová (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 246) uvádějí, že psychoedukací rozumíme metodu, která nemocnému i jeho příbuzným předkládá informace o jeho onemocnění. Včasné a pravdivé informace mohou pomoci překonat nemocnému problémy, které se můžou v souvislosti s duševní poruchou dostavit. Psychoedukace je tedy forma učení, která má za úkol aktivizovat nemocného, podněcovat soustředění a cvičit paměť. Bývá realizována jak u hospitalizovaných osob, tak u jedinců, kteří se léčí ambulantně. Současně se „vzděláváním“ nemocného probíhá i skupina pro rodiče, kde jsou probírána totožná témata. Příkladem rodinného psychoedukačního programu

v České republice je PREDUKA (preventivní edukační program proti relapsu²³ psychózy). Jedná se o bezplatný jednodenní pětihodinový program určený pro jedince s duševními poruchami a jejich blízké. Čtyři hodiny se probírají obecné informace o psychózách a jejich léčbě, na jednu hodinu jsou pak pacienti a jejich příbuzní rozděleni. Za kvalitu odpovídá psychiatrička Lucie Bankovská Motlová.²⁴

Pokud jsou počátky nemoci spojené s násilnými projevy, může dojít k narušení vztahů v rodině, a jak již bylo řečeno v předchozích kapitolách, úspěšnost resocializace souvisí velmi úzce s rodinným zázemím nemocného. V systému resocializace člověka se schizofrenií by tedy neměla chybět rodinná terapie, neboť tato nemoc není zátěží jen pro nemocného, ale pro celou rodinu. Podporu rodině mohou poskytnout různé svépomocné skupiny. Vágnerová (2012; s. 361) uvádí, že cílem terapeutické práce s rodinou a příbuznými je především poskytnout podporu a porozumění, pomoci jim uvědomit si, jak přispět k resocializaci nemocného a varovat je před nevhodnými způsoby chování. V neposlední řadě je třeba všem členům rodiny vysvětlit, že na jednu stranu je nutné počítat s určitými omezeními, ale na druhé straně není třeba z nemocného jedince snímat veškerou odpovědnost a povinnosti. Rodina má své potřeby a nemůže se obětovat nemocnému.

Nejen rodina, ale i sám nemocný se potřebuje stýkat s lidmi, které potkal podobný životní osud. Nejedná se pouze o navazování nových kontaktů, ale i o předávání si svých zkušeností s různými situacemi, jež mohou nastat. Neméně důležitý je fakt, že dají nemocnému jednu ze zásadních emočních podpor, kterou nalézají právě u lidí, kteří jsou na tom podobně jako on sám. K tomu slouží například centra denních aktivit, denní stacionáře a kluby pro duševně nemocné s volnočasovým zaměřením. Jedná se o sociální centra, kde se tyto lidé mohou setkávat v bezpečném prostředí. Do společnosti se tak dostanou i tací, kteří mají s navazováním kontaktů velké potíže a prostřednictvím těchto svépomocných klubů se mohou zapojovat do společenského života.

Denní režim duševně nemocného člověka by měl být smysluplný a měl by zahrnovat aktivizační prvky, jako jsou společné výlety, sportovní aktivity, besedy, společenské a kulturní akce. Denní stacionáře velmi často nabízejí i programy, kterými podporují vzdělávání svých klientů. Jedná se například o výuku cizích jazyků, práce na počítači aj. Valentová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 130) považuje za stěžejní prvek v resocializaci klienta v oblasti smysluplného trávení volného času činnostní terapii (také pracovní terapie,

²³ Relaps = návrat nemoci k předchozímu stavu (Hartl; Hartlová; 2004; s. 504).

²⁴ In: pcp.lf3.cuni.cz (internetové stránky pro Psychiatrické centrum Praha).

ergoterapie)²⁵, která má být pestrá, zajímavá a užitečná. Velmi se osvědčuje využití „starých řemesel“, která propojují rukodělnou činnost s estetickou tvorbou.

4.2 Resocializace zaměřená na získávání sociálních dovedností a schopností

Člověku, který onemocní schizofrenií, se mohou následkem nemoci snížit nebo ztratit některé sociální schopnosti a dovednosti. Aby bylo možné navrátit jej do běžného života, je třeba tyto schopnosti a dovednosti zvýšit na takovou úroveň, aby byl fungování ve společnosti schopen i s ohledem na určitá omezení, která jsou velmi očekávaná. Cílená rehabilitace by měla probíhat již v době hospitalizace pacienta a měla by jej připravit na návrat do původního sociálního prostředí.

Důležitým činitelem v léčbě duševních poruch je psychoterapie, která slouží hlavně jako podpora nemocnému při zvládnutí situací, které vznikají společně s průběhem nemoci. Dále přispívá ke zlepšení sociálních dovedností a pochopení sebe samého. Podle českého klinického psychologa Kratochvíla (2012; s. 14 - 20) zasahuje psychoterapie do různých oblastí medicíny a psychologie. Jedná se o léčebnou činnost, jakýsi soubor léčebných metod. Psychoterapie je práce s psychologickými prostředky, kterými působíme na nemoc nebo poruchu, na základě kterých je naším cílem odstranit nebo zmírnit potíže. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám chorobných příznaků. Účelu je dosaženo, když vymizí symptomy, které brání například obnově pracovní schopnosti, schopnosti kontaktu s okolím nebo schopnosti radovat se ze života. Obecným cílem je tedy reedukace, reorganizace, restrukturalizace a resocializace. Základní metodou psychoterapie je rozhovor buď ve formě individuální, nebo skupinové. Při komunikaci s nemocným jsou sledovány i neverbální projevy, tedy gesta, mimika a jiné projevy těla. Kromě rozhovoru jsou uplatňovány i jiné přístupy, patří sem arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie a další. Součástí psychoterapie nemocného jedince je samozřejmě i jeho rodina, která je nemocí ovlivněná. Je potřeba ji podporovat, aby i přes vzniklé obtíže, mohla nadále zdravě fungovat.

Vymětal (2003; s. 306) představuje psychoterapii třemi stupni přístupu k nemocnému s duševní poruchou jako profylaxi, terapii a rehabilitaci. Profylaxi (primární prevence) odpovídá soubor opatření, která mají za cíl zamezit vzniku a rozvoji nežádoucích psychických a somatických stavů, které by měly za následek poruchu zdraví. Terapie (sekundární prevence) je léčbou v běžném slova smyslu, konkrétně se jedná o užití psychologických postupů a strategií, kterými mírníme a odstraňujeme poruchu zdraví. Psychoterapie

²⁵ O pracovní terapii více viz kapitola 5, Člověk s psychotickým onemocněním a práce.

jako rehabilitace (terciární prevence) představuje psychologickou intervenci, pomocí které se snažíme o zmírnění následků, které vznikly poruchou zdraví. V praxi to znamená reaktivaci a resocializaci duševně nemocného do života a jeho přijetí již nevratných důsledků poruchy zdraví. Pojem rehabilitace znamená, stejně jako v jiných oborech tak i v psychiatrické péči, navrácení schopnosti. § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje sociální rehabilitaci jako *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných, činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“* Rehabilitace je poskytována formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb, které jsou poskytovány v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Psychiatrická rehabilitace tak znamená, že je zaměřena na jedince s duševní poruchou. Pěč (in Pěč; Probstová; 2009; s. 94), český psychiatr a psychoanalytik, uvádí, že se velmi často můžeme setkat s termínem stejného významu, kterým je psychosociální rehabilitace. Tento termín používají spíše odborníci, kteří chtějí zdůraznit sociální důležitost této terapie. Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 174) s odkazem na Anthonyho a kol. (1990) uvádí, že: *„Předmětem psychiatrické rehabilitace je zlepšit schopnosti lidí s vážnou psychiatrickou nedostatečností tak, aby mohli žít, učit se a pracovat s úspěchem a uspokojením v prostředí podle svého výběru, při co nejmenší profesionální intervenci.“* Pěč a kol. (in Pěč; Probstová; 2009; s. 97) předkládají zaměření psychiatrické rehabilitace na osoby s vážným duševním onemocněním, dlouhodobým duševním onemocněním nebo na osoby s chronickým (trvalým) duševním onemocněním. Jedná se o osoby s duševními poruchami, u kterých došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností, nebo jim toto nebezpečí hrozí. Psychiatrická rehabilitace zohledňuje klientovo přání a potřeby. Pěč dále s odkazem na Anthonyho (2002) představuje principy psychiatrické rehabilitace, podle kterých mj. je cílem rehabilitace zlepšení kvality života; jsou zohledňována klientova přání a potřeby; rehabilitace se zaměřuje na čtyři životní domény (bydlení, práce, učení, volný čas) a čtyři osobní domény (osobní péče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy); rehabilitační proces se opírá o pět pilířů (motivace, dovednosti, status, materiální a společenská podpora).

Vágnerová (2012; s. 366) dále představuje techniku, jež je uplatňována při léčbě duševně nemocného člověka. Jedná se o socioterapii, kde je resocializace zaměřena na aktivizaci nemocných jedinců a na rozvoj praktických činností. Hlavním cílem socioterapie je dosažení přijatelné adaptace do běžného života a sociální integrace, zvláště v oblasti

bydlení a zaměstnání. Pavlovský (in Malá; Pavlovský; 2002; s. 111) popisuje socioterapii jako „*léčebné postupy vedoucí ke zmírnění vlivu nepříznivých společenských faktorů na chorobné duševní příznaky a k omezení dopadu těchto psychopatologických projevů na sociální postavení nemocného.*“

Je vhodné, aby nemocní měli svůj denní režim a program již v době hospitalizace. Většina z nich totiž mívá tendence se izolovat a nedělat vůbec nic. Dlouhodobý pobyt v léčebně ohrožuje duševně nemocného jedince například také nedostatkem stimulačních podnětů. Navíc vztahy mezi pacienty a zdravotníky v psychiatrických zařízeních jsou většinou doprovázeny značným odstupem a omezenou komunikací. Léčebny by měly vytvářet ideální prostředí pro rehabilitaci. Do socioterapeutického působení řadíme terapeutickou komunitu, která je podle Pěče (in Pěč; Probstová; 2009; s. 193) vzájemným sdílením odpovědnosti a pomoci mezi pacienty a pracovníky psychiatrických zařízení. Jedná se o formální denní setkávání pacientů a personálu, kde si obě strany vyměňují názory na problémy, které je sem přivedly, probírají se vzájemné nedostatky v komunikaci, ve vystupování nebo v programu konkrétního oddělení léčebny. Ovšem největší význam mají samozřejmě neformální interakce mezi členy komunity, například během společných aktivit.

Pro efektivní vývoj jedince s duševní poruchou je zapotřebí vhodné prostředí, co nejdříve to bude možné probíhající v domácím, přirozeném a nemocnému blízkém okolí. Velmi důležité je s takovým člověkem pracovat od úplného začátku, již ve chvíli hospitalizace v psychiatrickém zařízení, tam rehabilitace začíná. Jakmile se jedinec alespoň trochu „zklidní“, je třeba ho zapojit do aktivizačního programu, ať už pracovního, kulturního nebo tělovýchovného. Vždy musíme brát ohled na momentální duševní i tělesný stav pacienta a nenutíme ho do aktivit, které by v danou dobu byly nad jeho síly. Dalším socioterapeutickým opatřením je předání jedince po hospitalizaci do služby denního stacionáře.

Člověk po odchodu z léčebny by měl být ovšem připraven na návrat do prostředí, ze kterého odešel. Péči o tyto osoby po hospitalizaci přebírají služby komunitní péče, které pokračují s klientem s duševní poruchou v činnosti, jež je postavena na prvcích psychosociální rehabilitace. Jedná se o denní zařízení, kterými jsou kluby a centra zaměřená na denní aktivity a smysluplné trávení volného času nebo poradny.

4.3 Podpora duševně nemocného jedince v oblasti bydlení

Každý člověk, i ten s duševním onemocněním, má právo na své soukromí a zázemí. Mít střechu nad hlavou, mít domov, to jsou jistoty, které rozhodně patří k nejdůležitějším

základním pilířům spokojeného života. Ve svém bytě, domě, pokoji člověk realizuje sám sebe. Je to místo, které mu dodává sílu a motivaci. Celkovou hodnotu vlastního bydlení poznáme, jako i u jiných základních potřeb, až když jej ztratíme. Pouze malá část jedinců se schizofrenií je odkázána na život v psychiatrickém zařízení. Většina z nich je schopna úspěšně fungovat ve více či méně chráněných podmínkách bydlení. Nejideálnější samozřejmě je, pokud může člověk s psychickým onemocněním žít ve svém vlastním bytě a případně využívat osobní asistence, kdy pracovníci těchto služeb za duševně nemocným jedincem docházejí přímo k němu domů v různých časových intervalech. Člověk s duševní poruchou se tak učí samostatně fungovat v domácnosti s dopomocí sociálních pracovníků.

Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 164) uvádí, že hlavním cílem v podporovaném bydlení je pomoci lidem s duševní poruchou naučit se fungovat v domácnosti s co nejmenšími zásahy od organizací s asistenčními službami. Podpora v bydlení se tedy zaměřuje na vytvoření a upevňování potřebných dovedností, kterými jsou především sebeobsluha, vaření, nákupy, hospodaření s financemi, komunikace s dalšími členy domácnosti a komunikace se sousedy. Dále jsou činnosti zaměřeny na podporu samostatnosti a schopnosti zvládat zátěžové situace. Celé spektrum chráněného bydlení by mělo být propojeno se systémem asistenčních služeb (osobní asistent).

Nejvyšším stupněm, kterého lze v rehabilitaci v oblasti bydlení dosáhnout je asistence v domácím prostředí, tedy probíhající v domácnosti klienta. Jedná se o podporované bydlení, kdy za klientem v pravidelných intervalech dochází osobní asistent, případně klient sám může pracovníka asistenčních služeb kontaktovat. Za pomoci a s radami pomáhajícího pracovníka se klient učí fungovat ve svém domácím prostředí.

Další možností jsou byty a domy na půl cesty. Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 165) popisuje tyto byty jako službu tréninkového charakteru, která je časově ohraničená. Výběr klientů pro tuto službu je tedy omezen na ty, kteří se mají kam vrátit. Je určena především těm, kteří potřebují posílit své praktické dovednosti v oblasti samostatného fungování v domácnosti. Míra asistenčních služeb a dohledu je v tomto případě velmi proměnlivá a je závislá na výši potřeby samotného klienta.

Další formou získávání dovedností v oblasti samostatného žití je chráněné bydlení, které je definováno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně v § 51. Dle tohoto zákona se jedná o pobytovou službu, jež je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost mj. i z důvodu duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, případně individuálního bydlení. V praxi se setkáme spíše s formou skupinového (komunitního)

bydlení, jedná se tedy o soužití více klientů, kteří se společně podílejí na úklidu, většinou i vaření a musí se podřídit určitému režimu. Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 165) říká, že tato služba bývá především určena dlouhodobě nemocným, kteří mají zvýšené nároky na asistenci. Je typické, že se jedná spíše o soužití více osob, tedy o určitou redukci soukromí klienta. Výhodou je nepřetržitá přítomnost pomáhajících pracovníků. Valentová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 131) dále zmiňuje, že v těchto bytech zůstávají klienti pouze po určitou dobu, která je v praxi cca 1 až 1,5 roku. Poté se vrací ke své primární rodině, což jim většinou neprospívá, nebo využívají možnosti sociálních bytů. V ideálním případě se vrací do vlastních bytů, kde předtím selhávali.

Dlouhodobým a trvalým řešením pro osoby, které nepotřebují pravidelné služby asistenta, jsou sociální byty. Klienti jsou většinou v kontaktu se svým osobním asistentem, kterého volají pouze v případě potřeby. Sociální byty jsou postaveny z dotací dle nařízení vlády č. 333/2009 Sb., o podmínkách použití finančních prostředků Státního fondu rozvoje bydlení ke krytí části nákladů spojených s výstavbou sociálních bytů formou dotace právnickým a fyzickým osobám.

Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 165) představuje názor, že určitým problémem podpory v bydlení může být nákladnost služby pro klienty. Pokud je služba nácviku v bydlení realizována mimo klientovo domácí prostředí, vzniká potřeba uhradit náklady na bydlení. Pokud klient již vlastní byt, ale bez intenzivnějšího nácviku jej není schopen používat, stane se tak, že po dobu tréninku musí platit souběžně dvě ubytování. Ze zkušeností v České republice, je nutno říci, že to lze mnohdy jen díky solidaritě jeho rodiny.

4.4 Podpora duševně nemocného jedince v oblasti pracovního uplatnění

Duševní porucha s sebou přináší značný handicap v sociální oblasti a snižuje tak společenské uplatnění nemocného jedince. Značně omezuje i možnosti uplatnění se v pracovním procesu. A jak již víme z předchozích kapitol, u těchto lidí se nejedná o potřebu finanční jistoty, neboť většina z nich pobírá invalidní důchod. Zaměstnání přináší člověku s duševní poruchou smysluplně strávený čas, kdy zdokonalují své schopnosti, mají možnost seberealizace, zvyšují si sebedůvěru a navazují nové kontakty. To vše jsou základní prvky úspěšné resocializace. Jedinou podmínkou je, aby měl klient skutečný zájem pracovat.

Z výše uvedených důvodů je nezbytné vytvářet pro duševně nemocné kvalitní programy pracovní rehabilitace a podpory zaměstnávání. Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 167) konstatuje, že tyto programy se musí vyznačovat dostatečnou

možností pracovních nabídek a flexibilitou, aby mohly pokrývat různorodé spektrum potřeb svých klientů. Základní programy jsou zaměřeny na získání nebo obnovení základních dovedností potřebných pro zařazení do pracovních aktivit. Za základní programy jsou považovány chráněné dílny²⁶, kde je nezbytná intenzivní podpora pracovních terapeutů. Navazující programy pak připravují své klienty na pracovní uplatnění v nechráněných podmínkách, které se uskutečňují na „běžných“ pracovištích. Do těchto programů řadíme přechodné nebo podporované zaměstnávání. Specifické programy jsou připravovány speciálně pro duševně nemocné klienty, u nichž je často malá perspektiva pro zaměstnání a samozřejmě s ohledem na jejich zdravotní stav. Důvodem je mezi zaměstnavateli stále trvající přesvědčení, že tito lidé nejsou schopni pracovat. Duševně nemocní klienti tak nacházejí uplatnění například v sociální firmě nebo jiné alternativní formě zaměstnání.²⁷

Programy podpory zaměstnávání by měly sloužit k naplnění cílů v oblasti pracovního uplatnění, ale také k celkové rehabilitaci jedince. Nejen dostatek možností v nabídce pracovních rehabilitačních aktivit a pracovních terapií, ale i možnosti pracovat mimo služby v nechráněných podmínkách by měly být součástí péče o duševně nemocného v oblasti uplatnění na trhu práce. To, že je člověk schopen zařadit se do „běžné“ populace, má zajisté značný, samozřejmě pozitivní, vliv na psychiku daného jedince. V některých případech je návrat do zaměstnání ve více či méně chráněném prostředí nemožný. Z toho důvodu řadíme do podpory duševně nemocného jedince v oblasti pracovního uplatnění sociálně terapeutické dílny²⁸.

Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 169) k tématu podpory duševně nemocných v pracovním uplatnění zdůrazňuje nutnost pracovního poradenství, kdy je pracovní asistent v předem daných termínech svým klientům k dispozici. Jedná se o klienty, kteří v tu dobu usilují o zaměstnání. Na asistenta se mohou obrátit v individuálních konzultacích, pokud mají otázky ohledně nároků zaměstnavatelů, způsobu žádání o zaměstnání nebo jednání na Úřadu práce. Kříčka dále zmiňuje existenci tzv. Job – klubu, který popisuje jako aktivitu, kde se setkávají jedinci s podobnými potížemi, jež mají při hledání zaměstnání. V těchto klubech mají klienti možnost naučit se dovednostem, které jim mohou pomoci při uplatnění na trhu práce, například, jak správně napsat strukturovaný životopis. Mohou si vyzkoušet, jak jednat se zaměstnavatelem

²⁶ V zákoně se pojem chráněná dílna v současné době již neuzivá a je zastoupen termínem chráněné pracovní místo. To ovšem neznamená, že v praxi chráněná dílna neexistuje. Více viz kapitola 6.2 Chráněná dílna a chráněné pracovní místo.

²⁷ Více viz kapitola 6, Formy podpory a možnosti pracovního uplatnění jedince s psychotickým onemocněním.

²⁸ Více o sociálně terapeutické dílně viz kapitola 6.1, Pracovní rehabilitace a sociálně terapeutické dílny.

nebo se dozvedí potřebné informace z pracovně právní problematiky. Cílem těchto programů je především vzájemná výměna zkušeností, které klienti mohou mezi sebou sdílet.

Nejen duševně nemocný člověk, ale obecně člověk se zdravotním postižením patří k nejohroženějším skupinám na otevřeném trhu práce. Češková (2007; s. 94) uvádí, že řada osobností, které jsou zodpovědné za zdravotní a finanční politiku státu, se domnívá, že jsou důležitější oblasti medicíny, které je třeba financovat, než samotná psychiatrie. Obecně je však známo, že psychické poruchy jsou, a v blízké budoucnosti budou ještě více, jednou z největších ekonomických zátěží lidstva právě z hlediska pracovního uplatnění. Na druhou stranu je nutné zmínit, že míra tolerance k nemocným s duševními poruchami je stále vzrůstající.

5 ČLOVĚK S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM A PRÁCE

Práce je nedílnou a nesmírně důležitou součástí života každého z nás. Práce patří mezi základní potřeby života jedince, zvyšuje jeho kvalitu a nelze ji ničím nahradit. Mít zaměstnání pro člověka neznamena jen finanční jistotu a určitou nezávislost na rodině a státu, ale přináší nám také pocit seberealizace a uplatnění pro společnost a v neposlední řadě také sociální kontakty. Slovy Michalíka (2011; s. 70), který je předním českým odborníkem zabývajícím se právní úpravou občanů se zdravotním postižením ve společnosti: „*Ačkoli mnozí občas nad množstvím práce, která se na nás doslova valí, vzdycháme, uvědomujeme si, že bez práce, bez možnosti realizovat jejím prostředím své dovednosti, schopnosti a představy, by se nám žilo daleko hůře.*“ Skutečnou hodnotu práce poznáme však až ve chvíli, kdy ji ztratíme.

Najde se pouze malé množství lidí, kteří vnímají práci pouze jako životní nutnost, se kterou je nutné se smířit. Pro většinu z nás představuje práce také určitá uspokojení a množství pozitivních pocitů, například pocit z dobře vykonané práce, jež dává našemu životu cíl a smysl. Přijít o práci proto pro mnohé znamená negativní dopady v sociální, psychické a mnohdy i zdravotní oblasti, které s sebou přináší pocity nejistoty, pochybnosti nebo strach z budoucnosti. Pro člověka s duševní poruchou je potřeba mít zaměstnání o to větší, neboť, jak už víme, duševní onemocnění má velmi blízko k sociální izolaci. A práce je jedním z míst, kde člověk navazuje sociální kontakty. U lidí s psychotickým onemocněním není na práci nahlíženo jen skrze ekonomickou stránku a potřebu seberealizace svých schopností. Pro takového člověka je práce i místem sociálního a psychického vývoje a stává se pro něj smyslem života, naplňuje jeho potřebu zapojení se do života společnosti a přináší s sebou pocit lidské důstojnosti.

Jedinci s duševní poruchou jsou v současné době jednou z nejohroženějších skupin na otevřeném trhu práce a najít uplatnění v pracovním procesu je o to obtížnější. Je nutné si uvědomit, že lidé s psychotickým onemocněním jsou schopni pracovat jako intaktní lidé, v některých případech však za určitých podmínek. Již bylo uvedeno, že se mezi námi tradují jisté mýty a předsudky, a z tohoto důvodu je mnoho lidí přesvědčeno, že člověk, který byl léčen v psychiatrické léčebně, je zbaven práv, není schopen pracovat a na základě těchto mínění pobírá invalidní důchod a zaměstnání nepotřebuje. Libiger (in Höschl; Libiger; Švestka; 2002; s. 407) říká, že jako nezbytné se u schizofrenního pacienta jeví navržení částečného nebo plného invalidního důchodu. Plná invalidizace je pro nemocného jedince

poměrně bezpečným řešením, avšak z jiného pohledu může podpořit negativní postoje, které vedou k pasivitě pacienta a tím k úplné ztrátě vztahů s okolním světem. Pacient si musí uvědomit, že invalidní důchod není konečným soudem o jeho schopnostech a lidské hodnotě. Česká psychiatrická Weimerová (in dobrapsychiatrie.cz; 2010) uvádí, že přibližně u 30 % lidí s duševní poruchou vede psychóza k invalidizaci, tedy že nemocný nemůže pro zhoršený zdravotní stav trvale vykonávat výdělečnou činnost. To ovšem neznamená, že by nemohl pracovat vůbec. Je mnoho možností, jak získat pracovní dovednosti.

V každém případě je třeba společně s odborníkem vypracovat plán sociální a pracovní rehabilitace. V období remise je pacientovi vždy doporučováno v zájmu zlepšení jeho duševního stavu nějakou práci vykonávat, ať už dobrovolně nebo brigádně. Člověk s duševní poruchou, jehož nemoc se nachází v akutní fázi, může být dočasně uznán pracovně neschopným, avšak při odeznění tohoto stádia je možné pracovní schopnost opět obnovit, ovšem je nezbytný intenzivní trénink určitých schopností a dovedností, které k obnovení pracovní schopnosti směřují. Je známo, že se duševní onemocnění v porovnání s některými jinými nemocemi léčí podstatně pomaleji, mnohdy mluvíme dokonce v řádu měsíců, což znamená, že i návrat do pracovního procesu, pokud bude vůbec možný, může trvat delší dobu.

Lidé s duševní poruchou se při hledání zaměstnání potýkají s řadou obtížných situací a překážek ze strany společnosti, v konkrétním případě pak ze strany zaměstnavatele. Na prvním místě stojí fakt, že společnost o duševních nemocech není ještě stále dostatečně informována a při kontaktu s duševně nemocným člověkem jednájí mnozí na základě postojů médií a předsudků. Schizofrenní zaměstnanec často také potřebuje přizpůsobit práci svému znevýhodnění, což nemusí být vždy jednoduché. Obvykle nemohou osoby se schizofrenií pracovat ve výškách nebo v noci, kvůli medikaci, kterou užívají. Důvodem odmítnutí člověka se schizofrenií či jinou duševní poruchou je vysoká nemocnost pacienta, která tak zapříčiní dlouhodobou pracovní neschopnost. Dá se samozřejmě předpokládat, že během přítomnosti další ataky může dojít ke zhoršení stavu nemocného a k návratu dokonce i o několik kroků zpět, čímž je třeba pracovní místo opět nově přizpůsobit.

Problémy při hledání zaměstnání nacházíme také ze strany zaměstnance, tedy osoby s duševní poruchou. Ze strany nemocného se setkáváme se situacemi, kdy si člověk nemůže najít práci, natož si ji udržet, zvláště z důvodů, jakými mohou být pomalejší pracovní tempo, neschopnost zvládnout stresové situace a pracovní morálku, útlum po vysazení léků nebo i touha pracovat v oboru, který vystudovali, aniž by si uvědomovali, že kvůli nemoci

k tomuto výkonu povolání ztratili potřebné dovednosti. Právě proto se nesetkáme jen s tím, že se tito lidé na základě stigmatizace podceňují, ale setkáme se i s tím, že se příliš přeceňují.

Lidé se zdravotním postižením všeobecně se dnes do pracovního procesu zařazují ve všech koutech světa, neboť i oni potřebují, stejně jako ostatní, finanční prostředky, aby užívali sebe i své blízké. Komendová (2009; s. 8), odborná asistentka katedry pracovního práva a sociálního zabezpečení PrF MU v Brně, uvádí, že i přesto je ve vyspělých zemích světa míra nezaměstnanosti u těchto osob dvakrát až třikrát vyšší než u zbytku populace. Nicméně těm, kterým se podaří uplatnit na trhu práce, jsou často přiděleny nižší pozice, bez možnosti postupu. Osoby se zdravotním postižením také často bývají zproštěny minimálních standardů odměňování a vzhledem k tomu, že i přesto, že je zaměstnání považováno za důležitý prvek sociální integrace a slouží jako prostředek v boji proti sociálnímu vyloučení, nesmí se opomenout fakt, že hlavním účelem práce jakožto lidské činnosti je zajištění prostředků k obživě. K tomu, aby i osoby se zdravotním postižením a potažmo i jedinci s duševním onemocněním tuto možnost měly, je třeba zajistit, aby jim byly vytvořeny odpovídající pracovní podmínky.

5.1 Ergoterapie (pracovní terapie, léčba prací)

V první řadě si tedy uvědomme, že práce jako činnost, je pro každého člověka důležitou součástí jeho existence, zvláště pak u lidí s duševním onemocněním je významným faktorem pro resocializaci v jejich osobním i společenském životě. Pracovní činnost značně pozitivně ovlivňuje následný vývoj duševně nemocného jedince ve všech oblastech jeho interakce s okolním světem. Hraje významnou roli také v sebehodnocení samotného klienta, ve zvyšování jeho sebevědomí. Pracovní činnost, která je součástí denního programu léčby již v době hospitalizace, je mezi odborníky z oboru péče o duševně nemocné považována za jednu z nejvýznamnějších terapeutických technik. Pracovní terapie v první řadě slouží jako odreagování se od projevů nemoci a postupem času slouží jako příprava na život v oblasti koncentrace, komunikace, sebeobsluhy, zaměstnání, apod.

Pojem ergoterapie je složením řeckých slov *ergon* – práce a *therapia* – terapie, léčení. Krivošíková (2011; s. 13), ergoterapeutka původem ze Slovenska, která v současné době působí v Praze, uvádí, že tento termín je od šedesátých let 20. století používán v některých evropských jazycích (například němčina, francouzština, norština, dánština, holandština) namísto původního označení pracovní terapie. V českém jazyce se výraz ergoterapie ustálil, přestože je ještě dnes často zaměňován za původní název léčba prací. Odborníci se přiklánějí k termínu ergoterapie, neboť starší označení léčba prací nelze považovat za výstižné.

Dodržováním pojmu ergoterapie pak nedochází k častému zaměňování s pojmem pracovní rehabilitace²⁹, který označuje přípravu na určité zaměstnání odpovídající možnostem pacienta. V současné době nalezneme mnoho definic ergoterapie, které jsou v konkrétních faktech obdobné. Pro přiblížení uvedeme dvě vybrané definice. Podle Světové federace ergoterapeutů (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) je ergoterapie „*profese orientovaná na klienty, která se zaměřuje na zlepšení zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Hlavním cílem je umožnit těmto lidem plně se účastnit ve svých každodenních činnostech. Ergoterapeuti dosahují těchto výsledků prací s lidmi a komunitami zdokonalováním jejich schopností zapojením se do činnostních aktivit, které buď chtějí či potřebují, nebo také změnou a úpravami prostředí, ve kterém činnost probíhá*“³⁰.(2012)“

Definice ergoterapie, kterou prezentuje česká profesní organizace ergoterapeutů (Česká asociace ergoterapeutů, ČAE) vysvětluje ergoterapii jako „*profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.*“³¹ (2008)“

V době hospitalizace má ergoterapie většinou podobu přidělování úkolů pacientům, dle jejich možností, schopností a aktuálního zdravotního stavu. Jak uvádí česká ergoterapeutka Jelínková (in Jelínková; Krivošíková; Šajtarová; 2009; s. 17 - 29), jedná se většinou o jednoduché manuální práce (rozvozy jídel, umývání a utírání nádobí, zametání, drobné pomoci ve venkovním okolí léčebny, apod.). Komplexní plán ergoterapie je stanovován sociálním pracovníkem v centrech následné péče (denní stacionáře, sociálně terapeutické dílny, chráněné dílny, sociální firma aj.). Hlavním dlouhodobým cílem ergoterapie je dosáhnout uspokojivé úrovně při vykonávání sebeobslužných a pracovních činností nebo volnočasových aktivit, které podporují uzdravení a zlepšují pocit osobní pohody a sociální participace.

Krivošíková (2011; s. 22 – 23) uvádí, že hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost. Tato činnost může probíhat z různých důvodů a může mít rozdílné cíle. Krivošíková se odkazuje na Pfeiffera (1997), který dělí ergoterapii

²⁹ Více o pracovní rehabilitaci viz kapitola 6.1 Pracovní rehabilitace a sociálně terapeutické dílny.

³⁰ In: wfot.org (internetové stránky Světové federace ergoterapeutů).

³¹ In: ergoterapie.cz (internetové stránky České asociace ergoterapeutů).

na pět oblastí, které se odlišují právě zaměřením na konkrétní cíl, kterého má být během terapie dosaženo. Jsou to tyto oblasti:

- ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností
- ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností
- ergoterapie zaměstnáním
- funkční ergoterapie
- ergoterapie zaměřená na poradenství.

V ergoterapii zaměřené na nácvik všedních denních činností jde o takové činnosti, které se vztahují k základním fyzickým funkcím člověka a dotvářejí jeho každodenní život (osobní hygiena, koupání, oblékání se, strava, apod.), a o činnosti sociální aktivity běžného života (nakupování, vaření, domácí práce, manipulace s financemi, telefonování aj.). Nácvik těchto činností probíhá bezprostředně v domácím prostředí klienta. Ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností je uplatňována zejména u osob v produktivním věku a u dospívajících. Tato oblast si klade cíle především na stanovení možností znovuzачlenění jedince do původního zaměstnání (úprava pracovních podmínek³²), hledání nového pracovního uplatnění nebo umožnění osobě v rekonvalescenci trvalou a přiměřenou pracovní zátěž formou modelových činností, které zajistí bezproblémovější návrat do pracovního procesu po ukončení pracovní neschopnosti. Ergoterapie zaměstnáváním je historicky nejstarší. Hlavním cílem je odpoutat pozornost nemocného jedince od nepříznivých vlivů onemocnění a snaha udržet ho v dobré fyzické i psychické kondici. Funkční ergoterapie je cíleně orientována intenzivně procvičovat přesně definovanou postiženou oblast. Jedná se o cílenou ergoterapii. U duševně nemocného jedince se tak bude zaměřovat na trénink psychosociální složky činnosti (sociální interakce, sebepojetí, komunikace, apod.). Poslední oblastí je ergoterapie zaměřená na poradenství, která svou významnost získává až v posledních letech. Hlavním cílem je poskytnout nemocným jedincům i jejich rodině pomoc při řešení nepříznivé životní situace.

Ergoterapie je významnou součástí v péči o osoby s duševními poruchami. Záleží samozřejmě na řadě vnějších i vnitřních vlivů, do jaké míry bude resocializace úspěšná. Vše závisí na zdravotním stavu pacienta, jeho sociálních podmínkách, motivaci, podpory

³² Více viz následující kapitola 5.2 Právní úprava zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

od blízkých a na mnoha dalších faktorech. Jak říká Krivošíková (2011; s. 278): „*Aktivita, které člověk vykonává, tvoří most mezi jeho vnitřním a vnějším světem. V činnosti člověk prokazuje, jak může přežít, pociťovat radost, řešit problémy, vyjádřit sebe sama nebo souznít s ostatními lidmi. Člověk skrze činnost poznává sám sebe, své silné stránky i slabosti.*“

5.2 Právní úprava zaměstnávání osob s duševním onemocněním

V souvislosti se zaměstnávání osob s duševním onemocněním je třeba nahlédnout do právní problematiky v této oblasti. V zákonných normách České republiky bychom jen těžko hledali právní úpravu života duševně nemocných. Není tomu jinak ani v rovině pracovního uplatnění. Právní uspořádání zaměstnávání osob s duševním onemocněním nalezneme v zákonech pod označením osoby se zdravotním postižením (dále jen OZP). Komendová (2009; s. 14 - 22) uvádí, že mezi OZP řadíme jednotlivce s různými typy fyzického, smyslového a mentálního postižení a v současné době jsou jako zdravotně postižené osoby uznávány právě i osoby s duševní poruchou. Většina dokumentů (dokumenty OSN, WHO a Rady Evropy) vymezuje pojem „osoba se zdravotním postižením“ pro účely ochrany práv těchto osob, včetně práv souvisejících s výkonem práce. Charakteristickým znakem zdravotního postižení není jen samotný zdravotní stav jedince, ale především dopad na jeho budoucí život.

Kořeny práv a povinností každého zaměstnance nalezneme v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce. V § 106 se zde mluví o právech zaměstnance na zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Zaměstnanec má právo odmítnout výkon práce, pokud má důvod být přesvědčen, že bezprostředně a závažným způsobem ohrožuje jeho život nebo zdraví. V zákoně jsou mimo práva zakotveny i povinnosti zaměstnance, které mu ukládají podílet se na vytváření bezpečného a zdraví neohrožujícího prostředí a dále je jako zaměstnanec povinen dbát o svou vlastní bezpečnost, o své zdraví i o zdraví a bezpečnost ostatních fyzických osob na daném pracovišti. Z praxe víme, že toho nemusí být duševně nemocný člověk schopen a je třeba mu zajistit specifické podmínky.

V první řadě je tedy zapotřebí, přichystat pro OZP, v konkrétním případě pro osobu s duševním onemocněním, pracovní podmínky, které budou vyhovovat jak zaměstnanci s duševní poruchou, tak jeho zaměstnavateli. Komendová (2009; s. 13) je názoru, že za pracovní podmínky jsou považovány všechny faktory působící na zaměstnance při výkonu práce. Obecně za pracovní podmínky považujeme rozvržení a délku pracovní doby, organizaci práce, prostředí na pracovišti, podmínky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, odměňování, podmínky při ukončení zaměstnání i péči o zaměstnance. Pro člověka

s duševním onemocněním hrají při výkonu práce významnou roli potřebné úpravy pracoviště a pracovního prostředí a celkové přizpůsobení pracoviště i pracovních nároků individuálním požadavkům.

Práva osob se zdravotním postižením na zvláštní pracovní podmínky jsou zakotvena v Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod, jako součásti ústavního pořádku České republiky. Hlava čtvrtá, která upravuje hospodářská, sociální a kulturní práva, hovoří o pracovních podmínkách, konkrétně v čl. 29, ve znění: *„Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu při práci a na zvláštní pracovní podmínky. Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.“* Listina ovšem nepředkládá, jakým způsobem mají být pracovní podmínky pro OZP upraveny. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, (§ 237 – § 247) upravuje pracovní podmínky některých zaměstnanců (zaměstnankyň, zaměstnankyň – matek, zaměstnanců pečujících o dítě a o jiné fyzické osoby a mladistvých zaměstnanců), v případě OZP hovoří pouze o jejich zaměstnávání.

Zákon o zaměstnávání OZP upravuje Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, konkrétně jeho třetí část § 67 – § 84. Dle tohoto zákona je fyzickým osobám se zdravotním postižením poskytována zvýšená ochrana na trhu práce. Zákon je z velké části realizován prostřednictvím Úřadu práce. Tento zákon upravuje povinnosti Úřadu práce v souvislosti se zaměstnáváním a pracovní rehabilitací OZP, uvádí podmínky pro zřízení chráněných pracovních míst a stanovuje příspěvky poskytované zaměstnavatelům zaměstnávajících OZP a příspěvky na pracovní rehabilitaci a rekvalifikaci OZP. Zaměstnáváním osob se zdravotním postižením se dále, ač okrajově, zabývá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vymezuje činnosti sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace.

5.3 Nástroje politiky zaměstnanosti

Lidé s duševní poruchou mají při uplatnění pracovního procesu zhoršené podmínky a mezi zaměstnavateli panuje značná obava tyto jedince zaměstnávat. Je v obecném povědomí, že duševně nemocní mají oproti ostatním OZP snížené schopnosti komunikovat s okolím a věřit ostatním, čímž se dokážou podstatně hůře adaptovat do prostředí pracoviště a vyrovnat se s nároky, jež jsou na ně kladeny. Shodují se na tom i odborníci. Největším problémem je zřejmě stigmatizace ze strany společnosti spojená právě s duševním onemocněním a zároveň pak vznikající sebestigmatizace nemocného jedince.

Nejdůležitějším prvkem v resocializaci klienta s duševním onemocněním je dostatečná příprava k práci. Ta je definována zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v § 72 jako: „*Cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.*“ Příprava probíhá po dobu nejdéle 24 měsíců. Příprava k práci probíhá na pracovištích zaměstnavatele individuálně přizpůsobených zdravotnímu stavu dané osoby, na chráněných pracovních místech nebo ve vzdělávacích zařízeních státu, církvi a náboženských společnostech, občanských sdružení a dalších právnických nebo fyzických osob. Dále podle § 74 zákona o zaměstnanosti mohou být pro OZP organizovány specializované rekvalifikační kurzy, které jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace (§ 109 téhož zákona).

Zákon o zaměstnanosti, konkrétně § 80, upravuje povinnosti zaměstnavatelů, kteří by měli na základě tohoto zákona rozšiřovat dle svých podmínek možnost zaměstnávání OZP, a to individuálním přizpůsobováním pracovních míst a pracovních podmínek a vyhrazením míst pro OZP. § 81 téhož zákona uvádí, že zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat OZP ve výši povinného podílu, který činí 4 % OZP na celkový počet zaměstnanců bez postižení pracujících na plný úvazek. Dle téhož zákona mohou zaměstnavatelé tuto povinnost nahradit odebráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50% zaměstnanců OZP nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům. V zákoně jsou uvedeny i případné finanční sankce za neplnění této povinnosti.

Stát dále motivuje a podporuje zaměstnavatele osob se zdravotním postižením zejména prostřednictvím příspěvků v rámci aktivní politiky zaměstnanosti. § 78 zákona o zaměstnanosti hovoří o příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném pracovním místě. Příspěvek je poskytován zaměstnavateli, který na chráněných pracovních místech zaměstnává více než 50 % OZP z celkového počtu svých zaměstnanců. Dle § 73 téhož zákona mohou být zaměstnavateli, který na svém pracovišti provádí přípravu k práci OZP, na tuto činnost uhrazeny náklady.

Na závěr této kapitoly je třeba zmínit také zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), který v § 3 hovoří o nepřímé diskriminaci, za kterou mj. považujeme odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením (dle zákona i osoba s duševním onemocněním) přístup k určitému zaměstnání, k výkonu

pracovní činnosti nebo funkčnímu či jinému postupu v zaměstnání. Dále, aby mohla OZP využít pracovního poradenství nebo se zúčastnit odborného vzdělání.

6 FORMY PODPORY A MOŽNOSTI PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ JEDINCE S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Sociální statut zaměstnaného člověka je v dnešní době jedním z indikátorů poměrování jedince ve společnosti. Nejvyšším cílem je tedy dosáhnout u člověka s duševním onemocněním takového pracovního uplatnění, ve kterém bude realizovat sám sebe, bude prospěšný společnosti a bude za svůj výkon dostávat přiměřenou finanční odměnu. U většiny duševně nemocných, soudíme tak dle pravidla třetin nebo pravidla čtvrtin³³, je tento výsledek po kratší či delší době reálný. U některých jedinců musíme počítat s tím, že návrat do pracovního procesu nebude již nikdy možný. Přesto je práce a činnost jako taková pro tyto osoby velmi důležitá, ač za ni nedostanou plat. Jedná se zejména o rukodělné činnosti (například vyšívání, háčkování, batikování, práce se dřevem, apod.), dále je třeba zaměřit se na volnočasové aktivity (společenské hry, sledování TV, poslech hudby, čtení) a sportovní či pohybové aktivity. Tyto činnosti poskytují centra pro duševně nemocné, která jsou zaměřena na volnočasové aktivity, dále denní stacionáře a částečně sociálně terapeutické dílny. Vše probíhá v rámci pracovní rehabilitace.

Většina lidí s psychotickým onemocněním je schopna vrátit se do předchozího zaměstnání, je ale nutné upravit pracovní podmínky dle jejich specifických potřeb. Návrat na původní pracovní místo je dle Vágnerové (2012; s. 366), konkrétně pro člověka trpícího schizofrenií, velmi obtížný, jelikož takový člověk ztrácí své původní pracovní návyky a je hůře adaptabilní. I přesto, že má nemocný veškeré kompetence vrátit se do svého původního zaměstnání, často se setkává s nedůvěrou a neporozuměním u svých spolupracovníků. Mnohdy jsou reakce natolik negativní, že pro schizofrenního jedince představují ohromnou psychickou zátěž. Většina lidí, kteří si prošli schizofrenickou atakou, se nedovede s takovou situací vyrovnat a nastává nutnost hledat nové zaměstnání.

Při hledání vhodného zaměstnání pro osobu s duševním onemocněním je samozřejmě brán ohled nejen na jeho předešlé vzdělání, kvalifikaci, předchozí pracovní zkušenosti, dovednosti a schopnosti, ale také musíme brát v úvahu míru závažnosti jeho handicapu. Duševně nemocný člověk vyžaduje poklidné zaměstnání bez stresové zátěže. Zaměstnanec s duševní poruchou potřebuje mít kolem sebe stabilní kolektiv zaměstnanců, kteří ho respektují a přijímají jako sobě rovného. Je důležité, aby v zaměstnání nebyl

³³ Více viz kapitola 3.2 Předsudky a mýty o duševně nemocných.

na nemocného kladen velký tlak na jeho pracovní výkon. Zaměstnanec s duševní poruchou by měl mít možnost úlev, např. pokud se necítí dobře, může ze zaměstnání odejít domů. Nevhodným zaměstnáním je takové, kde jsou střídavé směny, nepravidelná práce, přesčasy, hluk, apod. Například práce v noci, která je i pro zdravého jedince a jeho organismus velkým stresem, se lidem s duševní poruchou rozhodně nedoporučuje. Pro jedince se schizofrenií, či jinou závažnější duševní poruchou, je tak nejpříjemnějším řešením stereotypní manuální práce.

Duševně nemocný člověk při návratu do zaměstnání čelí mnoha úskalím ze strany zaměstnavatele, spolupracovníků a v neposlední řadě i těch, jež mu působí symptomy nemoci. V každém případě je na místě, aby se tento jedinec vrátil jak zpět do společnosti, tak i do pracovního procesu. Kalina (2001; s. 227 – 228) se zmiňuje o dvou krajních polohách, s nimiž se jedinci s psychotickým onemocněním při nástupu do zaměstnání setkávají. Někteří ke své škodě svůj návrat do zaměstnání příliš uspěchají, jsou netrpěliví a dobu před nástupem do práce tak nedokážou dostatečně využít na její přípravu. Jiní naopak návrat příliš odkládají. V tuto chvíli je nezbytná pomoc sociálního pracovníka, který svému klientovi nabídne řadu možností trávení volného času, pracovní rehabilitace a celkového „rozhybání se“ před skutečným zaměstnáním.

Weimerová (in dobrapsychiatrie.cz; 2010) uvádí základní pravidla, která by měl člověk s duševním onemocněním dodržovat, aby si zlepšil nebo udržel pracovní schopnost. Tato pravidla zní:

- pravidelně střídat práci, odpočinek a zábavu, a to v rovnoměrném rozložení;
- dodržovat pravidelný spánek, nejlépe v pravidelném čase;
- být přiměřeně fyzicky aktivní (půl až jednu hodinu denně, aktivita by měla působit radost, ne vyčerpání);
- dodržovat pravidelnou stravu (hladovění i za účelem hubnutí je stresem);
- vyhýbat se činnostem náročným na dlouhodobé soustředění (například i dlouhému řízení auta nebo sezení u počítače).

Jakákoli činnost nesmí člověku s duševní poruchou přinášet zátěž. Není vhodné, aby byl takový člověk v častém kontaktu s lidmi jakožto zákazníky firmy, v níž pracuje, a byl nucen řešit různé konflikty. Existují i zaměstnání, které psychiku nemocného jedince mohou zlepšit. U takové práce je tento jev vidět ihned. Jedná se většinou o výše zmíněné manuální práce,

ve kterých je vytvářeno něco hezkého a užitečného. Za povolání, která jsou pro psychiku nejzdravější, je považován např. kadeřník, krejčí, zedník, tesař, zahradník aj.

V České republice jsou poskytovány různé podpory zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Některé jsou ukotveny v zákonech č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, jiné jsou v režii programů, které jsou poskytovány organizacemi nabízejícími pomoc a podporu duševně nemocným. Programy se zaměřují na oporu jedincům s psychotickým onemocněním v jejich úsilí získat a udržet si zaměstnání. Společně se sociálním pracovníkem získávají potřebné dovednosti a obnovují svou pracovní schopnost.

6.1 Pracovní rehabilitace a sociálně terapeutické dílny

Pomineme-li obecně vysokou nezaměstnanost, v případě osob s duševními poruchami již zmíněnou stigmatizaci a diskriminaci ze stran zaměstnavatelů, jednou z dalších překážek začlenění jedince s duševním onemocněním zpět na pracovní trh je nedostatečné vzdělání a pracovní zkušenosti, což je zřejmé především v kontextu propuknutí nemoci v období rané dospělosti, tedy v době, kdy se mladý člověk připravuje na své budoucí povolání. Vzdělává se, získává pracovní zkušenosti na brigádách, apod. Propuknutí nemoci může mladého člověka z tohoto procesu vyřadit i na poměrně dlouhou dobu a získat potřebné kompetence se tak jeví jako velmi obtížné.

Získání potřebných zkušeností a dovedností v pracovních činnostech je podporováno řadou programů. V první řadě se jedná o pracovní rehabilitaci, na kterou mají osoby se zdravotním postižením nárok dle § 69 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. V praxi bohužel není toto oprávnění poskytováno příliš často, Úřad práce jednoduše tuto možnost raději neřeší a volí snadnější nekomplikovanou cestu. Zákon o zaměstnanosti definuje pracovní rehabilitaci jako *„souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené.“* Zákon dále uvádí, že *„pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.“* Důležitá je spolupráce klienta se sociálním pracovníkem, který s ním pracuje individuálně na základě jeho přání, potřeb, ale i jeho schopností a možností. Pomocí pracovní rehabilitace získává jedinec potřebné pracovní kompetence, které jsou nezbytné pro získání

a udržení si budoucího zaměstnání. Je vytvořen rehabilitační plán, který dle zákona o zaměstnanosti obsahuje mj. stanovené cíle, jednotlivé kroky k jeho dosažení, časový harmonogram, místo a způsob provedení pracovní rehabilitace, druhy a výši nákladů spojených s prováděním pracovní rehabilitace, způsob jejich úhrady a metodu ověření získaných znalostí a dovedností. Podle názoru Černé (2008; s. 204), uznávané autority v oblasti speciální pedagogiky – psychopedie, je pracovní rehabilitace ve srovnání s výše uvedenou právní úpravou novým a potřebným fenoménem, neboť umožňuje zavádět do praxe model podporovaného zaměstnání³⁴.

Dalším krokem jsou sociálně terapeutické dílny, které svého klienta podporují v pracovních aktivitách za pomoci pracovního terapeuta, který je jim zde plně k dispozici v maximálně možných chráněných podmínkách. Činnosti jsou přizpůsobeny individuálním podmínkám každého jedince, který do sociálně terapeutické dílny dochází. Činnost sociálně terapeutické dílny je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně § 67. Dle tohoto zákona se jedná o „*ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.*“ Klientovi je dále dle tohoto zákona poskytována pomoc při osobní hygieně nebo umožnění podmínek pro osobní hygienu, dále poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, v neposlední řadě podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Docházení do sociálně terapeutické dílny není časově omezené a klienti za práci v dílnách většinou nepobírají mzdu.

6.2 Chráněná dílna a chráněné pracovní místo

Na začátku této kapitoly musí být prvně řečeno, že s účinností od 1. ledna 2012 dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, chráněné dílny neexistují. V legislativě byly nahrazeny institutem chráněného pracovního místa. Jedná se pouze o právní změnu, neboť v praxi chráněné dílny nadále fungují. Dle předchozí právní úpravy poskytoval Úřad práce zaměstnavateli příspěvek na zřízení chráněné pracovní dílny, v současné době je tedy nutné žádat o příspěvek na zřízení chráněného pracovního místa. Z praxe již víme, že takové pracoviště i nadále nese název chráněná dílna a zaměstnavatel může v rámci jedné

³⁴ Více viz kapitola 6.4 Podporované zaměstnávání.

dílny vytvořit i několik chráněných míst, na něž dostává od Úřadu práce příspěvky. Stručně řečeno, příspěvek nedostane chráněná dílna jako celek, ale přispíváno bude na každé pracovní místo v ní zřízené. Pro širokou veřejnost je však pojem chráněná dílna podstatně srozumitelnější.

Chráněné pracovní místo je vytvořeno zaměstnavatelem ve spolupráci s Úřadem práce, pro osobu se zdravotním postižením. Totéž platí, je-li nějaké konkrétní pracovní místo osobou se zdravotním postižením již obsazené. Dle zákona o zaměstnanosti poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek na zřízení chráněného pracovního místa a dále může poskytnout také příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů. Chráněné místo musí být obsazeno po dobu 3 let. Je předpokladem, že zaměstnavatel činnost své firmy (dílny) směřuje tak, aby byla přínosem pro osoby zdravotně postižené v rámci uplatnění se těchto jedinců na chráněném trhu práce.

Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 167) představuje chráněné dílny jako služby nabízející lidem s duševními poruchami základní pracovní rehabilitaci. Hlavním posláním dílen je příprava klientů na návrat na běžný pracovní trh. Cílem je tedy nácvik pracovních i sociálních dovedností, vytváření sociálních vztahů a vytváření a upevňování pracovních návyků. Tomu všemu se učí v maximálně možném chráněném prostředí, kde na ně jsou nároky kladeny s ohledem na jejich současný fyzický i psychický stav a na základě jejich individuálních potřeb. Finanční ohodnocení v chráněných dílnách není buď žádné, pokud se jedná o formu rehabilitace, nebo jen symbolické, kdy pracovníci pobírají plat korespondující s jejich výkonem; sami si zvolí počet hodin, jak budou chodit do zaměstnání. Primárně není důležitý zisk, přesto se chráněné dílny snaží co nejvíce podobat běžnému pracovnímu trhu. Chráněné dílny mají různé výrobní programy. Valentová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 132) uvádí, že v praxi se velmi osvědčily dílny s náplní práce jako je košíkářství, keramika, výroba svíček, práce se dřevem, drátování, výroba ručního papíru, práce se sklem nebo hlinou, apod. Chráněné dílny, které jsou provozovány různými neziskovými organizacemi, se také musí snažit o prodej svých výrobků, což bývá například u keramiky velký problém. Nejvhodnější se tedy jeví tkalcovské a šicí dílny, případně výroba svíček nebo ručního papíru.

Chráněná pracovní místa, pokud nejsou přímou součástí chráněné dílny, se od klasické chráněné dílny lehce liší. Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 168) uvádí, že míra „chráněnosti“ je v těchto programech podpory nižší a blíží se svým pojetím spíše přechodnému zaměstnání. Jedná se o nácviková místa se stálou podporou pracovního asistenta, který se svým klientem sestavuje individuální plán. Na rozdíl od dílen jsou chráněná

místa spíše nevýrobního rázu, jedná se tedy například o práci barmana, úklidové práce, administrativní činnosti apod.

Jednou z všeobecně nejznámějších forem jsou tréninkové resocializační kavárny, které nejlépe splňují jednu zásadní podmínku, tedy, že se jedná o smysluplnou práci. Projekt tréninkové kavárny začal v České republice již v roce 1997 pod vedením občanského sdružení Greendoors v Praze. V současné době nalezneme podobné kavárny v řadě větších měst. Ze získaných zkušeností je dnes známo, že tato forma pracovní rehabilitace přináší jedinci s duševním onemocněním znovunabytí pracovních a sociálních dovedností, vede ke zvýšení sebevědomí, zlepšení zdravotního stavu a v neposlední řadě k posílení schopností uplatnit se na otevřeném trhu práce. Neméně důležitý je také fakt, že v případě kavárny provozované pro veřejnost, dochází ke kontaktu duševně nemocného se „zdravou“ společností a vzájemným kontaktem tak dochází k vymýcení předsudků a mění se pohled společnosti na osoby s duševními poruchami. Klienti jsou zde zaměstnáváni na dohodu o provedení práce a získávají mzdu.

6.3 Přejídné zaměstnávání

Přejídné zaměstnávání se posouvá zase o kousek dál v podpoře svého klienta v oblasti pracovního uplatnění. Nejedná se o zaměstnání na chráněném trhu práce, ale o činnost probíhající na běžném pracovišti, tedy na standardním pracovním trhu, kde je požadovaná vyšší míra samostatnosti. Hlavním cílem této služby je pomoci klientovi získat pracovní návyky, jako je denní režim, pracovní zátěž, zodpovědnost a komunikace se svými spolupracovníky i zaměstnavateli.

Klíčovou roli zde hraje pracovní asistent (terapeut, konzultant), který svému klientovi nabízí vhodná pracovní místa. Následně sepisuje smlouvy a vyřizuje veškeré formality. Dále pak s klientem nacvičuje dovednosti potřebné k výkonu pracovní pozice. Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 168) uvádí, že poskytovatel (pracovní asistent) uzavírá se svým klientem smlouvu o poskytnutí služby, z čehož vyplývá, že pracovní asistent se zavazuje zaměstnavateli 100% pokrytím pracovního místa. V případě výpadku či pracovní neschopnosti svého klienta je povinen nahradit jej jiným klientem, případně jej zastoupí on sám. Tím jsou vyřešeny obavy zaměstnavatelů ze zaměstnávání duševně nemocného člověka a jejich časté nepřítomnosti v zaměstnání, neboť klient není přímo vázán na firmu, v níž bude pracovat.

Po zaučení již klient pracuje sám, přesto je minimálně jednou týdně navštěvován svým pracovním asistentem. Práce v přejídném zaměstnávání znamená být zaměstnancem

v běžné firmě za standardních podmínek. Nedochozí téměř k žádnému kontaktu se stejně handicapovanými lidmi a nemocný jedinec je tak sám uprostřed „normální“ společnosti, což může způsobit pocit osamocení a následnou izolaci. Nevýhodou může být přechodnost tohoto typu programu. Valentová (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 132) konstatuje, že doba podpory v přechodném zaměstnávání je většinou omezena šesti měsíci, během nichž má ale klient možnost osvojit si řadu pracovních návyků, které může dále využít na otevřeném pracovním trhu.

6.4 Podporované zaměstnávání

Program podporovaného zaměstnávání je již poskytován na otevřeném trhu práce, který nabízí mnohem více míst v rozmanitějších profesích než trh chráněný. Výhodou je, že klient není vytržen z běžného prostředí a umožňuje mu přirozené setkávání s „normální“ společností. Ještě stále je přítomna podpora terapeuta, která je ale poskytována jen v případech, kdy je nezbytně nutná. Podporované zaměstnávání, jak uvádí Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 168), je možností pro lidi s duševním onemocněním, jak si najít a udržet stálé místo na otevřeném trhu práce a dostávat za svůj výkon přiměřenou mzdu. Práce, která je pro klienta hledána, by měla odpovídat jeho schopnostem a možnostem. Dovednosti, které jsou pro pracovní místo požadovány, jsou získávány přímo na pracovišti za pomoci a podpory pracovního asistenta.

Pracovní asistent pomáhá svému klientovi zejména v počátcích nástupu do zaměstnání, tedy při úpravách podmínek a pracovní náplně, nebo pomáhá při zpracování formalit, jež jsou spojené s nástupem do práce. Dále je kdykoli k dispozici, aby pomohl svému klientovi v kontaktu se zaměstnavatelem, pomáhá případně řešit absence v zaměstnání nebo nezvládnutí pracovního rytmu apod. Podle Valentové (in Mahrová; Venglářová; 2008; s. 132) je pro klienta významné, že podporované zaměstnávání nabízí možnost nastoupit do zaměstnání s vědomím, že v případě jakýchkoli potíží se může kdykoli obrátit na svého pracovního konzultanta. Je ve vlastních rukou klienta, zda o pomoc požádá, nebo se pokusí vzniklou situaci vyřešit vlastními silami. Je však důležité, aby se klient co nejvíce osamostatňoval a zásahy ze strany asistenta byly v co nejmenší míře.

Program podporovaného zaměstnávání je určen klientům s duševním onemocněním, kteří chtějí pracovat na otevřeném trhu práce, a to ve stálém pracovním poměru; jsou připraveni aktivně si vyhledávat pracovní pozice, i přesto, že nadále potřebují podporu pracovního konzultanta; chtějí získat nové užitečné dovednosti, potřebné při hledání zaměstnání (např.: jak najít vhodný inzerát, jak najít práci pomocí internetu, jak napsat

životopis, jak absolvovat pohovor se zaměstnavatelem, jak řešit konflikty na pracovišti, apod.). Podmínkou účasti v tomto programu je stabilizovaný zdravotní stav.³⁵

Práce na otevřeném trhu má pro klienta určité výhody (integrace se „zdravou“ společností, přiměřená mzda, více profesních možností), ovšem přináší s sebou i určité negativní jevy. Může dojít k situaci, že nebudou respektovány klientovy specifické potřeby spojené s jeho nemocí a bude docházet k přetěžování jeho organismu, což může vést ke zhoršení zdravotního stavu. Zejména v době nástupu je dobré počítat s tím, že člověk s duševním onemocněním se snáze unaví, může být narušena jeho schopnost soustředit se a také je třeba počítat se zvýšenou náchylností na nečekané, pro klienta neřešitelné, situace, které mohou přinášet nezvladatelné reakce na stres.

6.5 Sociální firma

Sociální firma nabízí zaměstnání s minimálním stupněm „chráněnosti“ a je tedy určena klientům, kteří jsou ve stabilizovaném psychickém stavu a jsou plně připraveni vykonávat činnost, kterou firma nabízí. Jedná se o způsob podpory zaměstnávání, kde se na pracovišti setkávají zaměstnanci nějakým způsobem znevýhodnění, se „zdravými“ zaměstnanci bez znevýhodnění. Neméně důležitý je fakt, že se sociální firma snaží usilovat o překonání mýtů a předsudků, jež jsou ve společnosti dosud zakořeněny. Pracovní podmínky, prostředí i řízení celé firmy jsou ovšem přizpůsobeny lidem se specifickými potřebami v pracovním procesu. Zaměstnanci se znevýhodněním pracují většinou na poloviční úvazek a za odvedenou práci dostávají patřičnou odměnu.

Kříčka (in Marková; Venglářová; Babiaková; 2006; s. 168 - 169) charakterizuje sociální firmu jako „unikátní zařízení nabízející pracovní uplatnění lidem s duševní poruchou, které navenek působí jako normální podnik, má výrobní program, nebo poskytuje služby a využívá práce uživatelů komunitních služeb.“ Sociální firma reaguje na potřebu zaměstnávat osoby s duševním onemocněním, které již úspěšně absolvovaly programy pracovní rehabilitace a zaměstnání na chráněném pracovním trhu. Zaměstnání v sociální firmě není časově omezené. Uživatelé služeb pro duševně nemocné zde již nejsou klienty, ale plnohodnotnými zaměstnanci. Sociální firmy nabízí základní formy podpory (zaučení a společné hodnocení práce), nicméně už se nejedná o pracovní rehabilitaci. Z toho vyplývá, že jsou na zaměstnance kladeny podstatně vyšší nároky z hlediska samostatnosti, řešení pracovních problémů, práce v kolektivu i dodržování směnného provozu. Práce v sociální

³⁵ In: greendoors.cz (internetové stránky nestátní a neziskové organizace O. s. Green doors, která se zabývá pracovní a sociální rehabilitací lidí, kteří onemocněli schizofrenií).

firmě tak od každého zaměstnance vyžaduje sociální dovednosti, organizační schopnosti a vyšší odolnost vůči stresovým situacím.

Sociální firma ovšem jakožto firma na otevřeném trhu musí obstát v konkurenčním boji s ostatními subjekty na trhu. Sociální firma tak musí zabezpečit určitou prosperitu firmy a zároveň musí poskytovat určitou část terapie a akceptovat možnosti a schopnosti svých duševně nemocných zaměstnanců. Přes všechny těžkosti je sociální firma velmi důležitou složkou zaměstnávání osob s duševními poruchami a hlavně určitým propojením chráněného a otevřeného trhu práce. Sociální firmy jsou jednou z vhodných cest, jak přivést duševně nemocného jedince zpět do společnosti a mohou se tak stát jakousi cílovou páskou, která otvírá lidem s duševními poruchami dveře zpět do smysluplného a „běžného“ života.

6.6 Současné trendy v oblasti zaměstnávání osob s duševním onemocněním

V současné době je podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením, tedy i osob s duševními poruchami, jedním ze závažných problémů nejen v České republice, ale i v dalších zemích. V praxi se ukazuje, že současné nástroje aktivní politiky zaměstnanosti nejsou dostatečnou motivací pro potenciální zaměstnavatele. Krása, Půrová a Miškovská (in Mosty; 2013; 1; s. 20) dále poukazují na problém rekvalifikace, veřejně účelných pracovních míst a dalších nástrojů, které vždy naráží na úskalí spojená s přístupností prostředí, úpravami pracoviště, využívání zvláštních pomůcek apod. Tyto situace nelze vždy pomocí standardních postupů a nástrojů v aktivní politice dobře řešit. Z tohoto důvodu řada zemí vytváří nové, méně formální způsoby, jak efektivně a v co nejvyšší míře podpořit zaměstnanost OZP.

V České republice je tato problematika řešena skrze projekty organizací zaměřených na podporu osob se zdravotním postižením na trhu práce, a to zejména snahou zavést u nás prověřené trendy z okolních zemí. Pro příklad uveďme v současné době již ukončený dvouletý projekt České unie pro podporované zaměstnávání, který nese název „*Zavádění evropských trendů v oblasti zaměstnávání znevýhodněných osob do české praxe (zkráceně PZ na cestě Evropou)*“. Hlavním cílem projektu je tedy sdílení nových trendů a osvědčených nástrojů uplatňovaných v oblasti podporovaného zaměstnávání v rámci Evropy (zejména Německo a Rakousko) a zprostředkování získaných informací zástupcům českých poskytovatelů podporovaného zaměstnávání.³⁶

³⁶ In: unie-pz.cz (internetové stránky České unie pro podporované zaměstnávání).

Ve Francii a Rakousku dnes fungují fondy, do kterých jsou odváděny finanční prostředky od zaměstnavatelů, kteří neplní povinný podíl v zaměstnávání OZP, který je daný zákonem. V České republice směřují tyto prostředky do státního rozpočtu. V uvedených zemích je nastaven systém, který finanční prostředky z těchto fondů zpětně přerozděluje na podporu zaměstnávání OZP.³⁷ Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP) tak zahájila patřičné kroky a vytvořila projekt, který má název „*Přenos zkušeností s fondem na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením ze zahraničí do ČR*“. Cílem tohoto projektu je zejména zmapování fungování fondů na podporu zaměstnávání OZP ve výše zmíněných zemích. Dalším projektem NRZP je „*Přenosem zkušeností proti diskriminaci osob se zdravotním postižením na trhu práce*“. Tento projekt je realizován ve spolupráci se Zdeňkou Šrámkovou, zahraniční expertkou ze Švédska. Cílem projektu je zmapovat tamní systém obhajoby práv OZP na trhu práce a na základě získaných informací ze Švédska i jiných zemí navrhnout systém obhajoby OZP na trhu práce u nás.³⁸

³⁷ In: helpnet.cz (internetový informační portál pro osoby se specifickými potřebami).

³⁸ In: nrzp.cz (internetové stránky Národní rady osob se zdravotním postižením ČR).

PRAKTICKÁ ČÁST: Analýza současné situace zaměstnávání osob s duševními poruchami v Pardubicích

7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Praktická část diplomové práce je zaměřena na současnou situaci zaměstnávání osob s duševními poruchami v Pardubicích. Konkrétně je studie věnována jedincům s diagnózou jakékoli formy schizofrenie. Nejdůležitějším znakem výzkumného šetření se tak stalo propojení duševní nemoci a chráněného trhu práce. V teoretické části této práce bylo objasněno, že lidé s duševním onemocněním jsou praceschopní stejně jako ostatní členové naší populace. Již víme, že dodnes v naší společnosti koluje řada předsudků a mýtů, které znemožňují schizofrenním jedincům bezproblémové zařazení do společnosti poté, co se navrátí z hospitalizace. Mezi lidmi se dodnes traduje, že člověk, který byl „zavřen“ v psychiatrické léčebně musí být zákonitě zbaven veškerých práv nebo že jistě musí pobírat invalidní důchod a tudíž nepotřebuje a nemůže pracovat.

Z předchozích kapitol je zřejmé, že jedinců, kteří jsou z pracovního procesu nadobro vyřazeni, je jen malé množství. Většina z nich je po opuštění léčebny schopna se opět zapojit do pracovního procesu. A také víme, že pro člověka s duševním onemocněním je práce víc než jen finančním zabezpečením. Uvědomujeme si, že pracovní činnost přivádí psychotického jedince na jiné myšlenky, ba dokonce jej odvádí od smýšlení nad jeho nemocí. Práce je pro něj terapií, zvýšením sebedůvěry, sociálních kompetencí a možností navázat nové vazby. V praktické části nahlédneme do současné situace zaměstnávání osob se schizofrenií v Pardubicích.

Každý výzkum je dle Hendla (2012; s. 28), předního českého odborníka v oblasti metodologie vědy a zpracování dat, proces vytváření nových poznatků. Jedná se o systematickou a naplánovanou činnost, kdy se snažíme odpovědět na kladené výzkumné otázky a přispět tak k rozvoji daného oboru. V rámci této práce je důležité, že sociální vědy kladou velkou váhu na data vycházející z osobních zkušeností a přímého kontaktu se sledovanou skupinou. Konkrétně je v této studii využíván sociální výzkum, který, jak uvádí Reichel (2009; s. 21), má svá specifika zejména v povaze řešených problémů. Výzkum je založen na empirickém kontaktu s realitou, kde zkoumání směřuje k poznání a hlubšímu pochopení všech souvislostí. Předmětem těchto výzkumů jsou mj. interakce jedinců s okolím, jejich postoje a názory, vztahy k materiálním a nemateriálním hodnotám, procesy socializace, působení masmédií, vzdělávání a další fenomény sociálního světa.

Reichel (2009; s. 21 – 23) dále říká, že specifíkem pro plnění výzkumných úkolů v sociálním výzkumu je typický značný stupeň neurčitosti, neboť zkoumáme-li nějaký jev, není zcela zaručeno, že se dopátráme jeho podstaty. Co je takto zkoumáno, obvykle bývá výsledkem působení aktuálních faktorů. To vše vede k tomu, že výsledky a závěry sociálních výzkumů mají téměř vždy pouze pravděpodobnostní charakter a nelze je zobecnit. Platí pouze pro konkrétní časové i lokální umístění dané výzkumné činnosti.

7.1 Cíle výzkumu

Nejpodstatnějším záměrem bádání a očekávaným výstupem je zmapování současné situace zaměstnávání osob s duševním onemocněním, konkrétně s diagnostikovanou schizofrenií, v Pardubicích. Hlavního cíle bude dosaženo na základě dílčího šetření, kterým je nalezení odpovědí na otázky týkající se oblastí, jako jsou možnosti pracovního uplatnění lidí se schizofrenií v Pardubicích, dále postoje, které zastávají zaměstnavatelé k osobám s duševními poruchami, a vlastní zkušenosti nemocných s diskriminací při hledání zaměstnání a je nahlédnuto i do oblastí, v jaké míře jsou lidem se schizofrenií nápomocny organizace zaměřené svou činností na pomoc a podporu duševně nemocným jedincům.

Hlavní cíl výzkumného šetření:

Zmapování současné situace zaměstnávání osob se schizofrenií v Pardubicích.

Dílčí výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka č. 1: Kde mohou lidé se schizofrenií v Pardubicích nalézt uplatnění v podobě chráněného zaměstnání?
- Výzkumná otázka č. 2: Jaké pomoci a podpory se dostává lidem s duševním onemocněním z řad organizací zaměřených na péči o duševní zdraví?
- Výzkumná otázka č. 3: Jaké jsou osobní poznatky a zkušenosti lidí s diagnostikovanou schizofrenií v oblasti zaměstnávání?

Jaká je tedy současná situace zaměstnávání osob s duševními poruchami v Pardubicích? Mají lidé s duševním onemocněním vůbec zájem pracovat? Setkávají se lidé se schizofrenií ze stran zaměstnavatelů s předsudky a určitým znevýhodňováním při hledání zaměstnání? V jaké míře jsou nebo nejsou zaměstnavatelé otevření přijetí těchto osob do své firmy? Mají organizace pro duševně nemocné programy na podporu zaměstnávání svých klientů?

Výzkumné šetření je věnováno zejména konkrétním zkušenostem osob s diagnostikovanou schizofrenií na otevřeném i chráněném trhu práce, jejich osobním poznatkům a prožitkům při hledání zaměstnání. Bádání je dále zaměřeno na předsudky a určitá znevýhodnění, se kterými se ze stran zaměstnavatele může nemocný setkat. V praktické části je dále možné nahlédnout do možností pracovního uplatnění osob s duševními poruchami v Pardubicích. V neposlední řadě je výzkum zaměřen na činnost organizací pro duševně nemocné a jejich formy podpory těmto osobám.

7.2 Výběr výzkumného vzorku

Pro výběr výzkumného vzorku je zvolena metoda záměrného (účelového) výběru, kde je, jak uvádí Miovský (2006; s. 135), postup takový, že cíleně vyhledáváme účastníky výzkumu podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je předem určená vlastnost nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině). Na základě stanoveného kritéria vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto konkrétní kritérium splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit.

Cílovou skupinou tohoto výzkumného šetření jsou tedy dospělé osoby s duševní poruchou, konkrétně s diagnózou některé z forem schizofrenie, a současně jsou ve stabilizovaném stavu své nemoci. Předchozí kapitoly uvádějí, že z důvodu ještě dodnes tradujících se mýtů v naší společnosti mají osoby s diagnózou schizofrenie nejvíce obtíží při zaměstnávání, proto je jim v této práci věnována nejvyšší pozornost.

Výzkumný vzorek tvoří šest respondentů. Tři ženy a tři muži, kteří pravidelně navštěvují centra pro duševně nemocné osoby nebo docházejí přímo do chráněných pracovišť v Pardubicích. Tito respondenti vstupovali do výzkumného šetření dobrovolně, se souhlasem k jeho zveřejnění. S respondenty byl navazován bližší vztah a rozhovory probíhaly mnohdy ve více etapách. Pro tuto studii byl sjednán ještě jeden rozhovor, který bohužel nemohl být dokončen z důvodu ataky nemoci a následné hospitalizace respondenta. Rozhovory byly ve čtyřech případech se souhlasem zaznamenávány pomocí diktafonu, dva respondenti tuto variantu odmítli, zápis proběhl zapisováním poznámek během rozhovoru.

Kromě stanoveného kritéria, jímž je diagnostikovaná schizofrenie a současně stabilizovaný zdravotní stav, je tím dalším vymezením věk, který se u respondentů pohybuje od 18 do 35 let. Hranice 18. roku byla zvolena z důvodu, že u mladších osob je nutný souhlas zákonného zástupce, a mezní ukončení 35. rokem je předpokladem podobných šancí uplatnit se v pracovním procesu.

Posledním kritériem byla jakákoli pracovní zkušenost respondenta po proběhnutí první epizody jeho nemoci. Dále je podmínkou pravidelné docházení do více či méně chráněných pracovišť nebo účast v nějaké formě pracovní rehabilitace.

Lidé s duševním onemocněním bývají velmi uzavření a provést s nimi rozhovor vyžaduje značné množství času a důvěry. S respondenty bylo nutné navázat bližší vztah a ujistit je, že jejich odpovědi zůstanou v anonymitě a budou užity pouze pro tuto studii. Z důvodu ochrany klientů budou jména respondentů v této studii pouze fiktivní a ani daná místa jejich současného působení nebudou zveřejněna.

7.3 Metodologie výzkumu a metoda zpracování získaných dat

Vzhledem k tématu práce bylo zvoleno kvalitativní šetření. Pokud sledujeme jev, jakým je právě diskriminace v pracovním uplatnění osob s duševní poruchou, nejsou kvantitativní metody příliš vhodné. Dalším důvodem je výše zmíněný specifický soubor respondentů. Hendl (2012; s. 47) konstatuje, že kvalitativní výzkum někteří metodologové chápou spíše jako doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií. Kvalitativní výzkum postupem času však dosáhl v sociálních vědách rovnocenného postavení. Přesto neexistuje jediný obecně uznávaný způsob, jak kvalitativní výzkum definovat a vymežit nebo jej provádět. Hendl (2012; s. 48) se odkazuje na Creswella, který v roce 1998 definoval kvalitativní výzkum jako *„proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

K získání dat od respondentů je použita jedna z nejrozšířenějších metod, tedy polostrukturovaný rozhovor, který, jak uvádí Miovský (2006; s. 159), dokáže řešit řadu nevýhod jak u nestrukturovaného nebo naopak plně strukturovaného rozhovoru. Je vytvořeno určité schéma, které specifikuje okruh otázek, obvykle je však možné jejich pořadí měnit a můžeme je během rozhovoru upravovat dle potřeby a možností respondenta, s nímž rozhovor vedeme. Během rozhovoru s respondenty byla použita sondáž (probing), která dle Hendla (2012; s. 170) probíhá v normálním konverzačním stylu a slouží k prohloubení odpovědi v konkrétním určitém směru. Tzn., že během rozhovoru byly kladeny doplňující otázky týkající se tématu, o němž respondent zrovna hovořil, a u nichž bylo zřejmé, že vedou ke konkrétnímu cíli.

Výzkum je dále doplněn sdělením o současných možnostech zaměstnávání osob s duševními poruchami na chráněném pracovním trhu v Pardubicích. Informace o firmách

a chráněných dílnách byly získány jednáním s Úřadem práce v Pardubicích, který poskytl materiály potřebné k dosažení veškerých stěžejních údajů. V neposlední řadě je výzkumná část této studie věnována organizacím orientovaným na péči o duševně nemocné osoby a formy jejich podpory při hledání zaměstnání těchto jedinců. K získání potřebných dat posloužily údaje z výročních zpráv těchto organizací a informace z jejich oficiálních internetových stránek. Pro srovnání se současným stavem nabízených služeb v oblasti pracovního uplatnění duševně nemocných v Pardubicích je uveden rozhovor s pracovnící společnosti Fosa, o. p. s., která má své pole působnosti v Praze a Středočeském kraji.

Ve výzkumném šetření jsou tedy obsaženy polostrukturované rozhovory s duševně nemocnými osobami, polostrukturovaný rozhovor s pracovnící organizace zaměřené na pomoc a podporu nejen lidem s duševní nemocí v oblasti pracovního uplatnění, materiály Úřadu práce, které obsahují informace o firmách zaměstnávajících osoby se zdravotním postižením, studium různých materiálů, zúčastněné pozorování i osobní zkušenosti. Z těchto důvodů byla pro tento výzkum a vyhodnocení získaných dat zvolena metoda zakotvené teorie. Dle Miovskeho (2006; s. 226) je jednou z velkých výhod zakotvené teorie právě její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získaná odlišným způsobem, a využít tak nejen více různých metod získávání dat (interview, existující dokumenty, pozorování, kvalifikovaný odhad, apod.), ale současně využívat různých přístupů v samotné analýze.

8 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Patrná většina duševně nemocných získá pracovní uplatnění v jakékoli firmě, aniž by museli uvádět svůj zdravotní stav, neboť jak bylo několikrát řečeno v teoretické části této práce, třetina z nich se zcela vyléčí bez jakýchkoli dalších příznaků. U těchto lidí tak bez konkrétních informací nepoznáme, že se u nich v jejich mladším věku vyskytla duševní porucha. Je tedy neúčelné věnovat praktickou část těmto osobám, neboť pokud to řekneme velmi zjednodušeně, výzkum by tak byl okamžitě zaměřen i na občany Pardubic, kteří duševní nemoc nemají. Pro tento výzkum je zvolena ta část duševně nemocných, která vyžaduje pracovat ve více či méně chráněných podmínkách.

Výzkumná část této studie je zaměřena na chráněné dílny a chráněná pracovní místa v Pardubicích, na organizace působící v tomto regionu, které svou činnost směřují výhradně na pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním a na samotné názory osob s diagnostikovanou schizofrenií a jejich zkušenosti na otevřeném i chráněném trhu práce. Vzhledem k neúplnosti služeb v Pardubicích je praktická část částečně rozšířena o náhled do hlavního města Prahy a doplněna o informace z prosperující služby Podporované zaměstnání, která v Pardubicích chybí.

Informace jsou získány z různých zdrojů a zpracovány zodpovězením každé z dílčích otázek, které byly stanoveny na počátku výzkumného šetření, odlišným způsobem. V závěru této kapitoly je uvedeno celkové shrnutí bádání a zveřejnění výsledků hlavního výzkumného cíle, kterým je zmapování současné situace zaměstnávání osob se schizofrenií v Pardubicích.

8.1 Možnosti pracovního uplatnění v chráněných podmínkách v Pardubicích

K nalezení odpovědi na první výzkumnou otázku, která zní: „*Kde mohou lidé se schizofrenií v Pardubicích nalézt uplatnění v podobě chráněného zaměstnání?*“, bylo využito materiálů poskytnutých Úřadem práce v Pardubicích a následně zjištěním informací na internetových stránkách konkrétních firem, případně ověřením informací prostřednictvím emailu nebo krátkého telefonického rozhovoru. Jaké možnosti má duševně nemocný člověk v Pardubicích, aby se uplatnil na chráněném trhu práce? Jaká je současná situace v Pardubicích týkající se chráněných dílen, podporovaného nebo přechodného zaměstnání či sociálních firem?

Dle materiálů poskytnutých Úřadem práce v Pardubicích a informací z katalogu zaměstnavatelů na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí je patrné, že ve zvoleném regionu je v současnosti evidována řada firem zaměstnávajících více jak 50 %

osob se zdravotním postižením.³⁹ Po bližším šetření se však, u některých firem dokonce viditelně na internetových stránkách, dopátráme zjištění, že tyto firmy jsou ochotny zaměstnávat pouze osoby s tělesným postižením, nikoli mentálním, natož ty s duševními poruchami. Zaměstnávání pro duševně nemocné je v Pardubicích především v režii dvou chráněných dílen, kterými jsou CEDR Pardubice o. p. s. a Středisko Výměník.

CEDR Pardubice o. p. s.⁴⁰

CEDR je obecně prospěšná společnost, která své služby nabízí v Pardubicích již od roku 1994. Od roku 2010 byla její působnost rozšířena i do Ústí nad Orlicí. CEDR poskytuje sociální služby lidem s duševním onemocněním, konkrétně psychiatrickou rehabilitaci. Dále provozuje chráněné dílny sloužící zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Jedná se o několik chráněných pracovišť a také o sociálně terapeutické dílny, které se zaměřují na různé pracovní programy. Zde probíhá pracovní rehabilitace, která slouží duševně nemocným jako možnost navrátit se na pracovní trh a uspět v něm. Posláním celé organizace je *„pomáhat lidem s duševním onemocněním, zlepšovat jejich životní podmínky tak, aby žili spokojeně v prostředí, které si sami zvolí, a vytvářet pracovní místa pro osoby obtížně zaměstnatelné.“*

Klienty organizace jsou dospělí lidé s dlouhodobými psychickými problémy, kteří před využitím této služby jsou často i několikrát hospitalizováni v psychiatrické léčebně a v důsledku duševní nemoci je jim přiznán invalidní důchod. CEDR nabízí svým uživatelům psychosociální rehabilitaci, chráněné zaměstnání i sociálně aktivizační služby (možnosti smysluplného trávení volného času). Kapacita služby pro volný čas je přibližně 12 klientů denně. Centrum denních služeb nabízí svým klientům příjemné a bezpečné prostředí, které slouží pro navazování sociálních kontaktů, prostor pro seberealizaci, možnosti vzdělávání a sportovní aktivity. Náplní centra je organizovat zájmové činnosti a volnočasové aktivity. Zeptáme-li se samotných uživatelů, co je pro ně v této službě nejdůležitější, dozvíme se, že je to prosté a přitom to nejdůležitější: *„Mít kam jít, mít kde být a v neposlední řadě mít s kým být.“*

CEDR je dále poskytovatelem nácvikových míst a pracovní rehabilitace v sociálně terapeutických dílnách. Posláním je pomoci osobám s duševní nemocí lépe zvládnout své sociální a pracovní problémy a snaha umožnit jim návrat na běžný pracovní trh. Sociálně

³⁹ In: portal.mpsv.cz (internetové stránky Ministerstva práce a sociálních věcí).

⁴⁰ Veškeré níže uvedené informace o CEDRu Pardubice o. p. s. jsou čerpány z výročních zpráv z let 2010, 2011 a 2012 a z internetových stránek www.cedrops.cz. Odkazy na výroční zprávy viz Seznam literatury.

terapeutické dílny Pardubice mají tři stupně rehabilitace, které na sebe navazují. Prvním stupněm je rehabilitační dílna (vstupní dílna). Služba je zde poskytována individuální formou za plné podpory pracovního asistenta. I docházka uživatelů je individuální. Programem vstupní dílny je práce s keramikou, práce na tkalcovském stavu, výroba bižuterie, svíček a dalších dekorativních předmětů. Druhý stupeň představuje pracovní rehabilitační dílny (šicí a rukodělná). Klientovi je podávána zpětná vazba a společně se svým pracovním asistentem vypracují osobní cíl v rehabilitačním plánu. Docházka je stále individuální a postupně dochází ke zvyšování zátěže. Služba je časově omezená (2 roky). V šicí dílně má klient možnost šít a kompletovat textilní hračky, kapsáře a školní pomůcky, opravovat oděvy na zakázku nebo vyrábět pouzdra na fotografie a rehabilitační pomůcky pro nemocnice. Rukodělná dílna je zaměřena na výrobu keramiky a kompletační programy.

Posledním, třetím stupněm rehabilitace jsou nácviková místa. Jedná se o rehabilitační proces, který se již přibližuje podmínkám na běžném pracovním trhu. Pracovní asistent je pro klienta pouze konzultantem. Co se týče pracovní náplně a samostatnosti, na klienta jsou zde kladeny již vyšší nároky. Jedná se o pracovní místa, jako je práce na prodejně, administrativa nebo úklid, místa, která jsou přístupná veřejnosti. Klient má tak možnost naučit se komunikovat přímo se zákazníky (prodejna, telefonní ústředna).

CEDR Pardubice je ale především dlouholetým provozovatelem chráněného zaměstnávání a je tak nedílnou součástí sítě zaměstnavatelů, kteří vytváří pracovní místa pro osoby se ztíženou cestou na pracovní trh z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. Aby bylo pracoviště chráněné, musí zaměstnávat minimálně 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců. V roce 2012 bylo v dílnách zaměstnáno průměrně 76% osob se zdravotním postižením.

V organizaci jsou provozována celkem čtyři chráněná pracoviště – truhlářská dílna, šicí dílna, dílna kompletace a mobilní dílna. Truhlářská dílna se věnuje zakázkové výrobě nábytku a výrobkům pro domácí mazlíčky (převážně domečky pro hlodavce). Šicí dílna se zabývá výrobou dekorativních předmětů a šitím látkových plen. Pro veřejnost je nabízena možnost oprav a úprav oděvů na zakázku, dále šití záclon, závěsů, ložního prádla apod. Dílna kompletace se podle názvu zaměřuje na kompletační činnosti, tedy etiketování a balení výrobků pro podnikatelské subjekty z Pardubického kraje. Činností mobilní dílny jsou úklidové práce v nebytových prostorech a dále údržba zeleně především v areálech školských zařízeních.

Středisko Výměník⁴¹

Středisko Výměník je samostatnou organizační jednotkou s právní subjektivitou, které bylo v roce 2005 zřízeno občanským sdružením Péče o duševní zdraví Pardubice⁴². Výměník poskytuje svým klientům, kterými jsou osoby s duševním onemocněním, služby sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny. Dále je provozovatelem chráněných pracovních míst. Posláním je připravit uživatele na vykonávání zaměstnání, ať už na poli chráněných dílen nebo na otevřeném trhu práce. Součástí střediska Výměník je sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna s obchodem U Soba a chráněná kavárna Café Robinson.

Sociální rehabilitace probíhá v rámci celého střediska. Na jejím základě si klient osvojuje pracovní postupy, které mu přinášely potíže. Patří sem obsluha domácích spotřebičů, úklid i příprava jednoduchých jídel. Klient se učí také o sebe lépe pečovat, tedy základům hygieny nebo také například, jak vybrat vhodné oblečení. Neméně důležitý je sociální kontakt, kdy klient zlepšuje své dovednosti v mezilidské komunikaci a asertivním jednání, a to především při komunikaci s kolegy ze sociálních služeb, s pracovníky chráněných dílen i s veřejností.

V sociálně terapeutické dílně mají klienti možnost trávit svůj čas v bezpečném prostředí, a to ve spojení s užitečnou příležitostí, kterou je udržet si a rozvíjet své sociální a pracovní dovednosti. V dílně je k dispozici vyškolený sociální pracovník. Klient se zde učí lépe zvládat mezilidské vztahy a komunikaci. Postupně je navyšován počet hodin, které klient tráví v dílně, samozřejmě dle potřeb a možností jeho samotného. Důležité je, aby se klient neustále posouval kupředu, byť jen o malé krůčky. Začne s navlékáním korálků a může končit třeba tak daleko, že sám uplete vázu z pedigu.

Chráněné dílny slouží k pracovní rehabilitaci lidí se zdravotním postižením, chráněná dílna střediska Výměník tak navazuje na sociální služby, které jsou zde poskytovány, a je tedy určena zejména lidem s duševním onemocněním. Dílna nabízí veřejnosti opravy, praní a žehlení oděvů a šití záclon, závěsů a ložního prádla. V obchůdku U Soba je pak možné zakoupit textil z druhé ruky nebo drobné, ručně dělané, dekorativní předměty. S těmito předměty jsou pořádány i workshopy na různých místech v Pardubicích a okolí. Dílna dále přijímá i objednávky kompletačních prací. Chráněná pracovní místa jsou zde na pozici pomocné švadleny a prodavačky.

⁴¹ Veškeré níže uvedené informace o Středisku Výměník jsou čerpány z výročních zpráv z let 2010, 2011 a 2012 a z internetových stránek www.pdz.cz/pobočka-pardubice-vymenik.html. Odkazy na výroční zprávy viz Seznam literatury.

⁴² Více o občanském sdružení Péče o duševní zdraví v následující kapitole 8.2 Organizace zastoupené v péči o duševní zdraví v oblasti pracovního uplatnění.

Chráněná kavárna Café Robinson je pohostinské zařízení pro veřejnost. Jsou zde také pořádány nejrůznější kulturní akce jako besedy, promítání nebo výstavy. Klienti se zde učí komunikačním dovednostem se svými kolegy i se zákazníky a zvládání určeného časového režimu dne. Pracovní činnost je zaměřena na obsluhu v kavárně a údržbu kuchyňských zařízení. Chráněná pracovní místa jsou na pozicích kuchař a číšník.

Celý komplex střediska Výměník zajišťuje svým klientům, osobám s duševním onemocněním, postupné zvyšování své pracovní výkonnosti a samostatnosti. Pracovníci střediska uvádějí, že někteří zaměstnanci chráněných dílen se ve svém pracovním výkonu zlepšili natolik, že se uplatňují i na běžném trhu práce.

Pro aktuálnost této studie je na závěr nutné informovat o nově vzniklé firmě v Pardubicích. V loňském roce byla otevřena samoobslužná jídelna pro zdraví POHANKA. Provoz jídelny zajišťuje sociální firma PETRIVA s.r.o. Tato sociální firma vznikla v dubnu 2013 za účelem vytvořit pracovní místa pro lidi, kteří jsou na otevřeném trhu práce handicapováni, například věkem, dlouhodobou nezaměstnaností, ale i zdravotními omezeními. Svým zaměstnancům tak nabízí zařazení do běžného pracovního procesu a získání základní sociální jistoty – práce.⁴³

Ze získaných aktuálních informací přímo od vedení jídelny POHANKA je patrné, že zaměstnávání duševně nemocných je potřebnou záležitostí, které si jsou provozovatelé sociální firmy vědomi. Na druhé straně stojí fakt, že zaměstnávání jakkoli zdravotně postižených osob je záležitostí, při které je nezbytností využití služeb asistenčních služeb, což je pro zaměstnavatele v sociální firmě poměrně složité, zejména proto, že zároveň musí být udržena konkurenceschopnost podniku.

V současné době je ve firmě zaměstnávána jedna žena s mentálním postižením. Při její adaptaci na prostředí byla nutná pomoc organizace Rytmus Chrudim, o. p. s. Z odpovědí na položené otázky je patrné, že na možnost zaměstnávat osoby s duševním onemocněním je zaměstnavateli nahlíženo pozitivně a do budoucna je očividné, že by mohl být stav zaměstnanců o osoby s duševním onemocněním rozšířen.

8.2 Organizace zastoupené v péči o duševní zdraví v oblasti pracovního uplatnění

Druhá výzkumná otázka zní: „*Jaké pomoci a podpory se dostává lidem s duševním onemocněním z řad organizací zaměřených na péči o duševní zdraví?*“ Zpočátku je nutno říci,

⁴³ In: jidelnapohanka.cz (internetové stránky sociální firmy PETRIVA s. r. o.).

že organizace zaměřené na péči o duševně nemocné jsou hlavním pilířem nejen v pracovním uplatnění těchto lidí. Právě tyto organizace ze své iniciativy vytváří centra pro volný čas i pracovní místa pro osoby s duševním onemocněním. V České republice je celá řada takových institucí a věnovat se každé z nich podrobně by bylo velmi obsáhlé. Zaměříme se opět pouze na Pardubice a organizace zaměřené výhradně na pomoc a podporu osobám s duševními poruchami.

Než se jim ale začneme plně věnovat, je třeba se alespoň zmínit o existenci České abilympijské asociace, která také působí v Pardubicích. Je zaměřena na všechny osoby se zdravotním postižením, kterým pomáhá převážně v oblastech, jako je překonávání sociální izolace, v setrvání v přirozeném prostředí a zachování vlastního životního stylu. Poskytuje sociální služby, kterými jsou osobní asistence a sociální rehabilitace. Služba osobní asistence je určena osobám se zdravotním postižením, bez věkového omezení, které mají omezenou schopnost samostatně se realizovat v každodenních činnostech. Za pomoci osobního asistenta mohou setrvat v přirozeném prostředí a rozvíjet svou soběstačnost. Služba sociální rehabilitace probíhá v Integračním centru sociálních aktivit Kosatec v Pardubicích, kde je hlavním posláním umožnit osobám se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním zlepšovat se v mezilidské komunikaci a získat dovednosti potřebné k získání a udržení si zaměstnání.⁴⁴

Významný přínos v péči o duševně nemocné má dále Centrum pro zdravotně postižené Pardubického kraje. Posláním centra je zkvalitňování života osob se zdravotním postižením a snaha o jejich integraci do společnosti. Centrum svou činnost vyvíjí bez ohledu na druh a rozsah zdravotního postižení, věk, apod. Cílem je poskytovat individuální pomoc a zmírňovat tak potíže a překážky, které musí jedinec v důsledku svého zdravotního postižení překonávat. Centrum podporuje možnost žití v přirozeném prostředí a plnohodnotné zapojení se do běžného života. Centrum poskytuje tři sociální služby - sociální rehabilitaci, odborné sociální poradenství a osobní asistenci.⁴⁵

Za nejvýznamnější a nejznámější zřízení zaměřené konkrétně pro duševně nemocné v Pardubicích je považováno občanské sdružení Péče o duševní zdraví (dále jen PDZ). Je jediným sdružením v Pardubicích, které svou činnost zaměřuje výhradně na pomoc, podporu a péči o duševně nemocné. PDZ Pardubice se zaměřuje na pomoc a podporu svých klientů ve všech oblastech. V oblasti poradenství, práce s rodinou, naučných seminářů

⁴⁴ In: caaos.cz (internetové stránky České abilympijské asociace).

⁴⁵ Veškeré informace o Centru pro zdravotně postižené Pardubického kraje jsou čerpány z výroční zprávy z roku 2012. Odkaz na výroční zprávu viz Seznam literatury.

pro odbornou i laickou veřejnost, trávení volného času klientů, tréninkového bydlení i pracovního uplatnění duševně nemocných.

Občanské sdružení Péče o duševní zdraví⁴⁶

Občanské sdružení Péče o duševní zdraví pomáhá lidem s duševními poruchami již více než 15 let. Díky dostupnosti služeb v Pardubickém a Královéhradeckém kraji pomůže bezmála 700 lidem ročně, aby mohli žít spokojeně, samostatně a zvládali běžný život ve společnosti. Lidem s duševními nemocemi pomáhá řešit sociální problémy a učí je praktickým dovednostem potřebným pro život.

Občanské sdružení PDZ existuje od roku 1995 a od roku 2005 je navíc poskytovatelem chráněných pracovních míst, která jsou vyčleněna jako samostatné organizační jednotky. V Pardubicích je to právě středisko Výměník, o němž jsou informace uvedeny v předchozí kapitole. Posláním sdružení je pomáhat dospělým osobám s duševním onemocněním tak, aby mohli co nejspokojeněji a nejsamostatněji žít v prostředí dle své vlastní volby. Organizace svým klientům poskytuje ambulantní a terénní služby, kdy pracovníci těchto služeb docházejí za svým klientem a pracují tak i s jeho přirozeným prostředím. Pracovníci PDZ pomáhají lidem s duševními poruchami naučit se zvládat praktický život i mezilidské vztahy. Poskytovanými sociálními službami jsou - sociální rehabilitace a služby následné péče.

PDZ pomáhá svým klientům v různých oblastech, ty nejčastější jsou - oblast bydlení, financí, volného času, práce, oblast zacházení s nemocí a provázení v krizových situacích. Oblast bydlení se týká podpory při běžném zajištění chodu domácnosti, při kontaktu se sousedy, apod. V okruhu financí je nabízena pomoc při zajišťování sociálních dávek, na které má klient nárok, a případná pomoc v hospodaření s penězi nebo pomoc při řešení dluhů. Oblast volného času je orientována na plánování a strukturování volného času klienta, na jeho smysluplné trávení, a to velmi často ve vlastní režii. V Pardubicích se jedná o klub Pohoda, který byl občanským sdružením PDZ založen právě pro tyto účely. V okruhu volného času se dále pohybujeme také v podpoře a asistenci při vstupu do jiných zařízení zabývajících se volnočasovými aktivitami. Patří sem různé sportovní kluby, Sokol, zájmové kroužky nebo kulturní a vzdělávací organizace. V oblasti práce je klientům nabízena pomoc a technická podpora při hledání zaměstnání – pracovní asistent, pracovní konzultant.

⁴⁶ Veškeré níže uvedené informace o občanském sdružení Péče o duševní zdraví jsou čerpány z výroční zprávy z roku 2012 a z internetových stránek této organizace www.pdz.cz. Odkaz na výroční zprávu viz Seznam literatury.

Stejně je nabízena také pomoc a asistence při studiu. Na poli týkajícím se zacházení s nemocí je pomoc zaměřena především v podávání informací o nemoci a jejích projevech nemocnému i rodinným příslušníkům a přátelům.

Občanské sdružení PDZ se věnuje svým klientům, ale i veřejnosti, cílem je větší informovanost a destigmatizace duševně nemocných. PDZ za tímto účelem pořádá různé vzdělávací semináře pro odbornou i širokou veřejnost a Týdny pro duševní zdraví. Pozitivně se jeví i spolupráce občanského sdružení s mnoha dalšími organizacemi a zřízeními, jakými jsou například: CEDR Pardubice o. p. s., o. s. Most do života, Občanská poradna Pardubice, Pardubická krajská nemocnice a. s. – Psychiatrické oddělení nebo Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod.

Je zřejmé, že organizace zaměřené na péči o duševně nemocné jsou jedním z hlavních pilířů v pomoci a podpoře těmto lidem, a to ve všech oblastech. Odpověď na výzkumnou otázku, zda se dostává duševně nemocným od organizací, zaměřených na jejich péči, pomoci při hledání zaměstnání a získávání potřebných schopností a dovedností uplatnit se na pracovním trhu, by se dala shrnout velmi prostě: rozhodně ano.

Pole působnosti těchto organizací se stále více a více rozrůstá do všech koutů České republiky. Jejich činnost je velmi významná, obzvláště v dnešní době, kdy duševní nemoc může potkat kohokoli z nás. Je velmi důležité, aby vhodná pomoc a podpora přišla co možná nejdříve, a pomohla tak nemocnému jedinci vyrovnat se s určitou změnou v jeho životě a předala mu přesvědčení, že život může být plnohodnotný a smysluplný i přes vzniklou nepříjemnou situaci.

8.2.1 Rozhovor s pracovní konzultantkou Podporovaného zaměstnávání

Změna postavení duševně nemocného ve společnosti se pomalu, ale přece, mění k lepšímu. Organizace a další pracovníci v tomto oboru se snaží změnit myšlení společnosti, a dosáhnout tak destigmatizace těchto lidí nejen v pracovním uplatnění. I v Pardubicích, jak bylo nastíněno v předchozích kapitolách, mají duševně nemocní řadu možností pracovat v chráněném prostředí i docházet na místa, kde se případně naučí dovednostem, jak si zaměstnání získat a především udržet.

Po bližším šetření však v Pardubicích nacházíme skulinku, a to konkrétně v tom, že péče v oblasti pracovního uplatnění duševně nemocných zde není zcela kompletní. Chybí tu sociální služba Podporované zaměstnávání, která je v praxi velmi významná. Co je konkrétní náplní práce pracovníka v Podporovaném zaměstnávání? Jaké jsou výsledky

a význam této práce? Pro odpověď je třeba přesunout se do Prahy, kde je služba podporovaného zaměstnávání ve velké míře vyhledávána a využívána. Konkrétní informace vychází z rozhovoru s pracovní konzultantkou Podporovaného zaměstnávání FORMIKA, Mgr. Pavlínou Štípkovou.

Služba Podporované zaměstnávání FORMIKA je součástí obecně prospěšné společnosti Fosa, která vznikla v roce 2010 spojením původně občanskými sdruženími FORMIKA, o. s., a Podpora samostatnosti Osa. Obě sdružení před sloučením působila od roku 2003. Posláním společnosti Fosa je *„usilovat o začlenění lidí se znevýhodněním zejména v důsledku zdravotního postižení do společnosti, o dosažení maximální možné míry jejich soběstačnosti a o to, aby kvalita jejich života odpovídala kvalitě života lidí bez tohoto znevýhodnění.“*⁴⁷

Služba Podporované zaměstnávání, jak ve svém článku uvádějí zaměstnankyně společnosti Fosa, o. p. s., Štípková a Fialová (in protisedi.cz; 2013), je vhodným nástrojem k propojení potřeb a požadavků zaměstnavatelů a osob se znevýhodněním, kteří se chtějí uplatnit na trhu práce. V současné době je zaměstnávání osob se zdravotním postižením jednou z otázek, které firmy řeší. Ať už je to z důvodu plnění povinného podílu nebo i z důvodu, že chtějí patřit k firmám, které jsou společensky odpovědné. Na druhé straně řeky stojí lidé, kteří mají určité znevýhodnění, kvůli kterému se na trhu práce špatně orientují. Dostane-li se jim vhodné a individuálně přizpůsobené podpory, jsou schopni vykonávat pracovní činnost běžným způsobem a zařadit se tak do skupiny ekonomicky aktivního obyvatelstva. Podporované zaměstnávání má tedy velmi podstatný význam, neboť je jakýmsi pomyslným mostem mezi těmito dvěma břehy.

Mgr. Pavlína Štípková⁴⁸, se kterou je veden následující rozhovor, pracuje ve společnosti Fosa, o. p. s., jako pracovní konzultantka v sociální službě Podporované zaměstnávání FORMIKA, kde je v přímém kontaktu s klienty společnosti. Co je tedy Podporované zaměstnávání FORMIKA a pro koho je služba určena?

„Podporované zaměstnávání je služba sociální rehabilitace určená lidem se zdravotním postižením či sociálním znevýhodněním na trhu práce. Těmto lidem poskytujeme podporu tak, aby mohli pracovat jako ostatní lidé bez postižení a společně s nimi. Zároveň se však jedná i o službu pro zaměstnavatele, kteří zaměstnávají

⁴⁷ In: fosaops.org (internetové stránky společnosti Fosa, o. p. s.).

⁴⁸ Zaměstnaná k 20. 12. 2012 jako pracovní konzultant Podporovaného zaměstnávání FORMIKA.

nebo se rozhodnou tyto osoby zaměstnat. Naší cílovou skupinou jsou osoby s různým typem zdravotního postižení nebo osoby se sociálním znevýhodněním.“

Co je konkrétně náplní Vaší práce?

„Náplní práce pracovního konzultanta v Podporovaném zaměstnávání je jednak přímá práce s klientem, ale i spolupráce se zaměstnavateli. Mou náplní práce je také poskytovat pracovní asistenci přímo na pracovišti. Dále se s kolegyněmi věnujeme vzdělávacím a aktivizačním činnostem ve formě skupinových setkání s klienty. Nedílnou součástí práce, jak jsem již zmínila, je spolupráce se zaměstnavateli. Pro zaměstnavatele poskytujeme konzultace k problematice zaměstnávání osob s postižením, analýzu pracoviště pro vytvoření míst vhodných pro osoby s postižením, podporu při výběrovém řízení, předvýběr vhodných kandidátů apod.“

Podporované zaměstnávání FORMIKA poskytuje své služby klientům s trvalým bydlištěm na území Prahy nebo Středočeského kraje. Jaké firmy jsou například zaměstnavateli Vašich klientů?

„Minulými či současnými zaměstnavateli našich klientů jsou například CSA Services, CSA Technics, AmRest, KFC, McDonald's, Tesco stores, Uloženko, Česká pošta, bezpečnostní agentury či úklidové firmy a další.“

Je patrné různorodé zaměření jednotlivých firem. Jakou práci a na jaký úvazek nejčastěji hledají Vaši klienti?

„Nejčastěji se jedná o pomocné práce na zkrácený pracovní úvazek. Konkrétně se může jednat o úklidové práce, pomocné kuchařské práce, pomocnou administrativu apod. Záleží na dosaženém vzdělání, předchozích pracovních zkušenostech, aktuálním zdravotním stavu klienta, jeho dovednostech, přáních, potřebách. V současné době hledám pro jednoho klienta úklidové práce na čtyři hodiny třikrát týdně, pro druhého například administrativní práci na plný úvazek, kde by mohl využít i své nadstandardní jazykové znalosti a předchozí dlouholetou praxi ze zahraničí.“

Vraťme se nyní prosím zpět k samotnému klientovi. Jak funguje v praxi proces spolupráce s klientem?

„Proces zaměstnávání probíhá tak, že pokud člověk s postižením či znevýhodněním má zájem využít naší podpory, musí se nejprve zapsat do pořadníku čekatelů na službu,

protože v současné době je kapacita služby naplněna. Čekací doba na individuální spolupráci s pracovním konzultantem je přibližně 6 měsíců. Neznamena to však, že s takovým člověkem nijak nespolupracujeme. Klient - čekatel dochází pravidelně jednou za šest týdnů na Informační odpoledne, což je skupinová aktivita, kde může rozvíjet a zvyšovat si své dovednosti pro hledání, nalezení práce. Například se jedná o témata týkající se možností pracovního uplatnění, pracovních právních pojmů, možností hledání práce apod.“

Jak dále probíhá individuální spolupráce s klientem, poté, co se dostane ze seznamu čekatelů na službu přímo k Vám?

„V okamžiku, kdy se dostane klient do individuální spolupráce s pracovním konzultantem, je nutné podepsat smlouvu o poskytování služby. Poté společně s klientem vytváříme osobní a pracovní profil, spolupracujeme na mapování jeho možností pracovního uplatnění nebo zvyšování dovedností v oblasti hledání a nalezení si práce. Může se jednat o vytvoření strukturovaného životopisu a motivačního dopisu, zvýšení dovedností pro úspěšné zvládnutí pohovoru, zvýšení dovedností pro hledání inzerátů na internetových pracovních portálech nebo v tisku, je také možné trénovat telefonický kontakt se zaměstnavatelem apod.“

Jaké jsou konkrétní kroky v individuální spolupráci s Vaším klientem?

„První fáze je ta, o níž jsem hovořila v předchozí otázce. Ta trvá zpravidla 3 měsíce. V dalším období se již pracovní konzultant a klient naplno věnují hledání práce, buď formou vyhledávání inzerátů, nebo aktivním oslovením potenciálních zaměstnavatelů. Hledaná práce vždy odpovídá představám, možnostem a dovednostem jednotlivých klientů. V případě nalezení vhodného zaměstnání je možné, pokud si to klient přeje, spolupracovat i na udržení si zaměstnání. V praxi to znamená, že s klientem dochází na pracoviště pracovní asistent a pomáhá mu při nástupu do zaměstnání, při zaškolování k práci, v adaptaci na pracovní prostředí nebo začlenění se do kolektivů pracovníků. V momentě, kdy již klient nebo zaměstnavatel nepotřebují žádnou podporu, spolupráce končí.“

Jak dlouho trvá celkově služba? Je časově omezená?

„Naše služba je poskytována na základě uzavřené smlouvy o poskytování po dobu dvou let. Do té doby by si měl klient zvýšit své dovednosti, najít si práci a zapracovat se. Délka trvání je však velmi individuální. U někoho může tento proces trvat půl roku, u jiného rok a půl.“

Na závěr našeho rozhovoru by mě ještě zajímalo, jaké je Vaše osobní zhodnocení služby Podporované zaměstnávání. Jaké výsledky spolupráce pozorujete u svých klientů? Jak hodnotíte celkový význam služby, kterou nabízíte?

„Podporované zaměstnávání má velký význam, protože umožňuje lidem se zdravotním znevýhodněním začlenit se do běžného zaměstnání mezi lidi bez postižení, což má velký vliv na sociální integraci těchto osob. Během roku 2013 se nám podařilo zaměstnat 13 osob s postižením, kteří již v současné době pracují zcela samostatně a nepotřebují žádnou podporu. Zvýšit dovednosti pro hledání práce se podařilo u 22 osob. Téměř vždy, když ukončuji spolupráci s uživateli, kteří pracují, pozoruji významné zlepšení v jejich kvalitě života. Někdo je potěšen, že má vlastní výdělek a nemusí být závislý na invalidním důchodu nebo kapesném od svých rodičů. Jiný je rád, že nemusí trávit čas doma a nudit se, že je v kolektivu, setkává se a baví se s lidmi, že jeho život dostal konečně smysl, že může být užitečný, protože dělá něco, čím pomáhá ostatním lidem. Pozoruji také celkové zlepšení nálady, zvýšení sebevědomí, jistoty ve vztazích a komunikaci s lidmi, umění se více prosadit a hájit své zájmy apod.“

8.3 Názory a zkušenosti osob s diagnostikovanou schizofrenií

Pro odpověď na třetí dílčí otázku: *„Jaké jsou osobní poznatky a zkušenosti lidí s diagnostikovanou schizofrenií v oblasti zaměstnávání?“*, nahlédneme do rozhovorů se šesti osobami, kterým byla diagnostikována schizofrenie. Tito lidé již mají za sebou zkušenosti na otevřeném i chráněném pracovním trhu. Pro zjednodušení zpracování dat z rozhovorů bylo zvoleno několik kategorií, které jsou pro tento výzkum významné. Základními kategoriemi byly zvoleny: práce jako potřeba, mýty a předsudky, organizace v oblasti péče o duševně nemocné a budoucnost.

Skupinu respondentů tvoří tři muži a tři ženy. Nejprve si je představme:

Pan Martin

Panu Martinovi je 28 let. První příznaky nemoci se objevily již při studiu na gymnáziu, ale jak sám uvádí „nebylo to tak hrozné.“ Poté se pokoušel o studium na vysoké škole, kterou kvůli vážnějším projevům nemoci nikdy nedokončil. *„V tu dobu jsem studoval vysokou školu. Nezvládl jsem to, měl jsem hlasy, nesoustředil jsem se, pak už jsem do školy ani nechodil a nakonec mě vyhodili. Rodiče o mě měli strach. Mluvil jsem nesmysly.“*

V současné době dochází pan Martin do centra denních služeb. Žije se svými rodiči, ale otec je většinu času na služebních cestách v zahraničí. Má bratra, který ale má již svou

rodinu a žije jinde. Moc se nevidají, Martin říká, že mu bratr nerozumí. Užívá léky, třikrát denně. Martinovi je přiznán plný invalidní důchod. Co se týče práce, Martin je nyní zaměstnán na částečný úvazek v restauraci na otevřeném trhu práce, kde krájí zeleninu, vaří těstoviny, připravuje těsto a saláty.

Paní Eva

Paní Evě je 34 let. Má dostudovanou střední školu a již několik zkušeností se zaměstnáním. Poprvé byla hospitalizovaná na střední škole. Příznaky pravděpodobně způsobilo užívání drog. *„Vzala jsem si houbičky a před tím jsem taky hulila trávu. Našli mě policajti, jak běhám po sídlišti v noční košili a zvoním na všechny zvonky. Já si to nepamatuju. Teď se za to stydím.“* Příznaky nemoci odezněly a ocitly se v remisi. Eva dostudovala střední školu a pracovala na různých místech. *„Pořád se mi to vrací. Je to hrozný.“*

Paní Eva navštěvuje sociální pracovníci, která jí pomáhá, aby se zase osamostatnila. Naučila se o své nemoci mluvit s rodinou a s psychiatrem. Chodí také mezi lidi do skupiny, kde všichni společně něco vyrábí, koukají na filmy nebo vaří. Paní Eva pobírá invalidní důchod 2. stupně. V současné době žije sama a nepracuje, neboť jí to nebylo na základě stavu její nemoci doporučeno.

Pan Petr

Panu Petrovi je 21 let. Schizofrenie se u něho projevila už na základní škole. Užívá léky, pětkrát denně. Žije na vesnici se svou rodinou. Dochází za sociální pracovníci a jednou měsíčně do centra denních služeb. Petrovi je přiznán plný invalidní důchod. V současné době nepracuje.

Paní Věra

Paní Věře je 35 let. Na první příznaky si přesně nevzpomíná, uvádí, že jí mohlo být kolem 20 let. Paní Věra dokončila základní školu. Na další studium se nehlásila. V době, kdy jí byla diagnostikována duševní nemoc, pracovala paní Eva ve firmě, kde se vyrábělo železo. Měla na starost úklidové práce.

Paní Věra pobírá plný invalidní důchod. Pravidelně užívá léky, třikrát denně, ale jak sama uvádí, často na ně zapomíná. Věra má svou osobní pečovatelku, která jí mj. kontroluje právě užívání léků.

Slečna Veronika

Veronice bude v září 25 let. Absolvovala střední školu, poté se přihlásila na vysokou školu. Studium však nedokončila. Objevily se první příznaky nemoci. *„Nezvládala jsem plnit všechny své povinnosti, všichni na mě tlačili, abych začala něco dělat, tak jsem do školy přestala chodit, a tak mě vyhodili.“*

Veronika pochází z rozvedené rodiny. S maminkou a bratrem vychází dobře. Její otec, když se dozvěděl o její nemoci, s ní přestal okamžitě komunikovat.

Veronice je přiznán částečný invalidní důchod. V současné době nemá stálé zaměstnání. Sem tam se naskytne nějaká brigáda na úklidové nebo pomocné práce. Podle ní je ale nabídka nízká. Veronika navštěvuje centrum denních služeb, aby byla alespoň částečně ve společnosti.

Pan Pavel

Panu Pavlovi je 32 let. Schizofrenie mu byla poprvé diagnostikována ve 21 letech. První příznaky, jak si vzpomíná, se objevily zřejmě už na základní škole: *„Nevycházel jsem s ostatními děckama, byl jsem prostě jinej. Měl jsem svůj svět. Hodně mi nadávali, tak jsem se s nikým nebavil.“*

Pavel má přiznán plný invalidní důchod. V současné době má smlouvu na 18 měsíců. Pracuje jako údržbář/zahradník pro jednu firmu, kde vykonává veškeré potřebné práce, například se stará o zahradu, natírá, maluje a vykonává další úklidové práce. Práci potřebuje, má čtyřletého syna.

8.3.1 Práce jako sociální jistota

Práce je pro člověka s duševním onemocněním především smyslem, což se potvrdilo u většiny respondentů. Pouze jeden z respondentů nemá o práci zájem. *„Nechci chodit do práce. Nevím, proč bych měl. Mám důchod. Nechci pracovat, protože by mi ho mohli vzít. Říkal mi to dědeček. (Petr)“* Ostatní respondenti si neumí život bez práce představit, ať už jako finanční jistotu nebo možnost sociálních kontaktů.

„Jsem moc rád, že mám práci, protože nemusím sedět doma.“ (Martin)

„Práce je pro mě důležitá, ráda bych pracovala, ale zatím mi to můj psychiatr nedovoluje. Mohla bych se sesypat. Když jsem v minulosti pracovala, vím, že jsem v době ataky byla schopná i tři dny nespát a pak prospát dva dny. Neumím

to vyvážit, potřebovala bych ji kvůli penězům, protože mám dluhy. A kvůli lidem, protože nemůžu být pořád sama. Mohla bych si najít přítele.“ (Eva)

„Chci pracovat, abych měla víc peněz. Maminka mi to říkala, abych pracovala. Nejsem líná.“ (Věra)

„Určitě chci pracovat, nejen z finančních důvodů, ale hlavně, abych byla mezi lidmi.“ (Veronika)

„Práci potřebuju. Mám syna, kterému jsou 4 roky. Moc ho nevidám, jeho matka má strach, že bych mu mohl ublížit, ale chci pro něj udělat všechno, co můžu.“ (Pavel)

Samotné zkušenosti se zaměstnáním jsou různé. Záleží na mnoha faktorech. Věk, vzdělání, podoba duševní nemoci. Někteří mají bohaté zkušenosti, jiní zatím téměř žádné. Někteří dostudovali vysokou školu, další mají střední, jiní dokončili jen základní vzdělání.

„Pracuju v restauraci, mám smlouvu na dobu neurčitou. Moc mě to baví, můžu se u toho realizovat. A jsem užitečný.“; „Mám dostudovaný gympl, vejšku jsem nedodělal, i když bych chtěl. Předtím jsem pracoval jenom v chráněných kavárnách. Teď mi to vyhovuje víc, protože pracuju na otevřeném trhu práce, mezi lidmi bez postižení.“ (Martin)

„Mám střední odbornou školu, neřeknu jakou konkrétně. Po škole jsem pracovala jako uklízečka, ale byla jsem mezitím několikrát hospitalizovaná.“; „Taky jsem pracovala v jednom Domově důchodců. Byla to hezká práce s babičkami a s dědečky, ale pro mě hrozně náročná. Teď bych to asi nezvládla. Klidně bych ale v takovém domově uklízela. Nebo bych mohla dělat nějaké cvičení pro lidi, v tom mám praxi z domova. Kvůli nemocným zádům často cvičím a tyhle zkušenosti bych mohla předat.“ (Eva)

„Mám základní školu. Potom jsem zkoušel dělat pekařinu, ale nešlo mi to.“; „Byl jsem jednou zkoušet pracovat. Uklízel jsem kancelář. Jenom jeden den, ale moc mě to nebavilo. Ve škole jsem taky zkoušel vařit, škrábal jsem zeleninu a krájel. Ale nešlo mi to, učitelka říkala, že jsem pomalý a dostával jsem špatné známky.“ (Petr)

„Zatím žádné zkušenosti s prací nemám. Chodím jen na brigády.“; „Chtěla bych se znovu přihlásit na vysokou školu.“ (Veronika)

„Pracuju na pozici údržbář/zahradník. Mám smlouvu o provedení práce. Tahle práce mě baví.“ (Pavel)

Člověk s duševní poruchou si uvědomuje, že by ho jeho nemoc mohla při výběru zaměstnání znevýhodnit. Stává se, že se duševně nemocní uchylují k zatajování informací. Často ale tímto způsobem zhoršují svůj zdravotní stav. Člověk s duševním onemocněním potřebuje upravit pracovní podmínky, zejména kvůli horšímu zvládnání stresových situací. Pokud jedinec s duševní poruchou svou nemoc zatají, zpravidla zaměstnání nezvládne. Bohužel jsou to společenské předsudky, které nutí takového člověka svůj zdravotní stav utajit.

„Díky tomu, že si o mně v prvním zaměstnání povídali a pomlouvali mě, jsem svoji nemoc v posledním zaměstnání zatajila, ale oni na to přišli, protože jsem tam dostala ataku. Nezvládala jsem ten stres. Taky jsem byla hodně přepracovaná, protože jsem třeba několik dní nespala. Mluvila jsem prý z cesty.“ (Eva)

„Nikomu to neříkám, protože by se mi posmívali. Ví to jenom moje sociální pracovnice a ty lidi v centru denních služeb. Tam jsou stejně postižený. Taky to věděli ve škole. Pomohla mi s tím sociální pracovnice, abych měl úlevy.“ (Petr)

„Nepotřebuju nic tajit. Já jsem zdravá, jen mě občas bolí hlava nebo nohy.“ (Věra)

„Ano, svůj zdravotní stav jsem zatajil. Báł jsem se, že přijdu o zaměstnání. Bylo mi asi 22 let. Pracoval jsem na směny, to mi nevyhovovalo, tak jsem nakonec sám odešel.“ (Pavel)

8.3.2 Mýty a předsudky z pohledu člověka s duševním onemocněním

Několikrát bylo řečeno, že mýty a předsudky jsou jedním ze zásadních faktorů, které mají vliv na pracovní uplatnění duševně nemocného. Jak pociťují stigmatizaci sami duševně nemocní? Vznímají svou nemoc jako omezující zvláště v oblasti zaměstnávání?

„Mě nemoc neomezuje v ničem. Naopak mi dává kreativitu, vyšší rozměr myšlení, dokážu uvažovat jinak než zdraví lidé.“ (Martin)

„Kdybych nebyla nemocná, mohla bych dělat, co chci. Štve mě to. Chci pracovat a kvůli tomu nemůžu. Snažím se s tím vyrovnat. Pomáhám i ostatním, koho tahle nemoc přepadla, ale je to těžký. Nemůžu si kvůli tomu najít ani chlapa a tak jsem sama.“ (Eva)

„Snažím se brát svou nemoc jako součást sebe.“ (Veronika)

„Nemoc mě omezuje hlavně z hlediska výkonnosti, často taky odkládám povinnosti. Kdybych nebyl nemocný, možná bych se dokázal lépe soustředit a měl bych lepší zaměstnání.“ (Pavel)

Jaké jsou zkušenosti duševně nemocných s předsudky? Setkali se někdy s nadávkami a urážkami, ať už v práci nebo osobním životě?

„Já jsem se s tím nesešel. Pracoval jsem jen v tréninkových kavárnách a tuhle práci mi našel můj sociální pracovník. Víím ale, že se mě cizí lidi můžou třeba bát, protože mluvím nesouvisle nebo se nesoustředím, když na mě někdo mluví.“ (Martin)

„V prvním zaměstnání jsem musela odejít, protože mě pomlouvali. Pak mě hned hospitalizovali, takže nevím, jestli to nebyly jenom hlasy.“ (Eva)

„Nevím, co to je předsudky. Jako, že mi někdo nadává? Pořád mi někdo nadává, já to slyším na balkóně.“ (Věra)

„Setkala. V osobním životě. Nejprve mi nadával táta a nakonec mi řekl, že už nejsem jeho dcera. Maminka mi ale strašně pomohla. Ona mě má ráda. Víím to.“ (Veronika)

„Můj nejlepší přítel se ode mě odvrátil. Ale to bylo spíše dřív. Ted' vycházím s lidmi dobře. Ale předsudky pořád existují. Myslím si, že tomu hodně pomáhají média.“ (Pavel)

Dnešní společnost stále neví, jak se má k duševně nemocným chovat. Je to hlavně mediální obraz, který předkládá svým divákům negativní myšlenky. Řada filmů ukazuje duševně nemocného jako nebezpečného sobě i svému okolí, jako někoho, kdo by se měl za svou nemoc stydět. Jediný film, který ukazuje pravost duševního onemocnění je film „Čistá duše“. Přestože se film v některých situacích od knihy, podle které je zfilmován, liší, ukazuje duševně nemocného člověka jako jedince, který se nejprve musí se svou nemocí vypořádat, ale i s ní může žít plnohodnotný život a může se stát velmi uznávaným člověkem.

8.3.3 Podpora osob s duševními poruchami v oblasti pracovního uplatnění

Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti velmi často dochází do center denních služeb, aby se setkávali s dalšími lidmi. V oblasti práce velmi často vyhledávají pomoc sociálního

pracovníka, protože si sami nevědí rady. Jaké jsou zkušenosti respondentů s hledáním zaměstnání?

„Bylo to pro mě těžký, sám bych to nezvládnul. Pomohl mi sociální pracovník.“ (Martin)

„V minulosti jsem pomoc nepotřebovala, ale až si budu hledat práci, tak poprosím moji sociální pracovníci, ta mi s tím pomůže.“ (Eva)

„Jak jsem uklízel tu kancelář, to mi pomohla najít sociální pracovnice, ale já už jsem tam nechtěl chodit. Byli tam dobrý lidi, ale nešlo mi to, tak jsem toho nechal.“ (Petr)

„Já bych moc chtěla pracovat. Sociální pracovnice mi hledá práci, ale zatím nic nenašla. Já to neumím, jsem hloupá.“ (Věra)

„Najít práci mi pomohla moje kamarádka.“ (Pavel)

Pomoc sociálního pracovníka je v Pardubicích velmi často vyhledávanou formou službou v oblasti hledání zaměstnání. Toto zjištění jen potvrzuje tvrzení, které vycházelo již z výzkumného šetření probíhajícího k zodpovězení druhé dílčí otázky: *„Jaké pomoci a podpory se dostává lidem s duševním onemocněním z řad organizací zaměřených na péči o duševní zdraví?“* Tam bylo naznačeno, že v Pardubicích chybí sociální služba Podporované zaměstnávání, která by dle šetření mezi respondenty (osobami s duševní poruchou) byla jednoznačně vítána a plně využita.

8.4 Výzkumné závěry a doporučení

Výzkumné šetření je konstruováno z pohledu tří stran, které jsou hlavními pilíři v procesu pracovního uplatnění osob s duševním onemocněním. Jsou jimi organizace zaměřené na péči o duševní zdraví, instituce orientované na chráněný pracovní trh, včetně dalších potenciálních zaměstnavatelů osob s duševními poruchami, a konečně samotní jedinci, kteří onemocněli duševní poruchou, schizofrenií. Výzkum je směřován konkrétně na region Pardubice. Vzhledem k náročnosti výzkumu jsou informace ohledně organizací a chráněného zaměstnávání čerpány z výročních zpráv. Ověření informací proběhlo prostřednictvím emailu, krátkého rozhovoru nebo krátkou osobní návštěvou.

Rozhovory s osobami s onemocněním schizofrenie jsou stěžejním prvkem celého výzkumného šetření. Vlastní názory a zkušenosti těchto jedinců představí konkrétní situaci z reálné a upřímné stránky, bez snahy vyzvednout pouze pozitiva, jak tomu může být

u informací získaných z výročních zpráv a pracovníků institucí, kteří se snaží prezentovat svou organizaci, přestože na tom není nic špatného, z toho nejlepšího pohledu. Informace o těchto institucích slouží především jako základní informace a pro pochopení a ucelení celého výzkumného bádání. Velmi významným se stal rozhovor s pracovníci pražské společnosti Fosa, o. p. s., který přinesl doplnění informací o chybějící sociální službě v Pardubicích.

Z celkového výzkumného šetření je třeba v první řadě poukázat na výsledek, který ukazuje na stále trvající předsudky o duševních nemocech. Lidé s duševním onemocněním v Pardubicích nemají příliš mnoho možností pracovního uplatnění na trhu práce, neboť řada firem nad 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením zaměstná raději člověka s tělesným postižením než s duševním. Člověk s duševním onemocněním má tedy s největší pravděpodobností možnost uplatnit se na chráněném pracovním trhu pouze v případě, že společnost je zaměřena konkrétně na pomoc osobám s duševním onemocněním. Z tohoto důvodu je možné soudit, že významnou službou, která by v tomto ohledu pomohla, je právě Podporované zaměstnávání, které pomáhá svým klientům uplatnit se na otevřeném trhu práce.

Co se týče samotného pracovního uplatnění osob s duševním onemocněním v Pardubicích, chráněné zaměstnání naleznou tyto lidé ve dvou institucích, kterými jsou: chráněné dílny CEDR o. p. s. Pardubice a středisko Výměník – chráněná dílna a chráněná kavárna Café Robinson. Významným krokem kupředu je vznik sociální firmy PETRIVA s. r. o., která je provozovatelem samoobslužné jídelny POHANKA. Ačkoli prozatím mezi svými řadami nemá žádného duševně nemocného jedince, z rozhovoru je patrné, že do budoucna by se to mohlo s největší pravděpodobností změnit.

Výzkumné šetření u osob s onemocněním schizofrenie bylo zaměřeno zejména na dvě oblasti. Pracovní, kam řadíme i dosažené vzdělání a kvalifikaci, a oblast sociální, kde je nahlíženo zejména na postoje společnosti a s nimi spojené mýty a předsudky, které mají značný vliv na uplatnění jedince se schizofrenií na otevřeném i chráněném trhu práce. V oblasti práce vyplývá z rozhovorů, že největším problémem je vzdělání. U respondentů bylo zjištěno, a soudě i na základě informací z odborných publikací, je zřejmé, že nemoc přichází velmi brzy. Nejčastěji respondenti uváděli, že se jim příznaky poprvé objevily při studiu střední školy. Problémem tedy je, že tyto lidé často nemají požadované vzdělání. Jsou ale samozřejmě i tací, kteří dokončí vysokou školu. Z informací od respondentů tohoto výzkumu je patrné, že mají ukončeno základní vzdělání, další studium nedokončili, z tohoto důvodu jsou pak odkázáni zejména na pomocné práce. Další překážkou

pak je nutnost upravených pracovních podmínek, o nichž je podrobně hovořeno v teoretické části práce. Stěžejní je omezení v pracovním procesu v podobě nutnosti zkráceného pracovního úvazku, nemožnosti pracovat na směny nebo v noci.

Všichni respondenti se shodují, že duševní porucha velmi zásadně ovlivňuje jejich život a přináší s sebou řadu omezení. Jedna žena ze skupiny respondentů naproti tomu považuje svou nemoc za něco výjimečného. *„Považuji ji za dar. Je součástí mě, něco co vytváří mě samotnou. Dává mi jiný rozměr vidět věci jinak než ostatní a tím jsem výjimečná. (Veronika)“* Největší omezení pocítují duševně nemocní v mezilidských vztazích. Potřeba kontaktu s druhým člověkem je přirozeností pro každého z nás. Na jedné straně je to způsobeno strachem, jak se na ně budou lidé dívat, až zjistí, že mají duševní nemoc. Z rozhovorů je zřejmé, že lidé s duševní nemocí vnímají negativní postoj, který k nim společnost zaujímá, a na základě vzniklé nedůvěry k lidem dochází u jedinců s duševní nemocí k sebestigmatizaci. Skutečnosti nepomáhají ani dosud ve společnosti nevyvrácené mýty a předsudky o „nebezpečnosti“ a „nevléčitelnosti“ duševní nemoci.

Výzkum prokázal, že nejzásadnějším problémem duševně nemocného uplatnit se na pracovním trhu, je ve společnosti stále přetrvávající množství předsudků a mýtů. Dokazuje to fakt, že čtyři ze šesti respondentů se již někdy s předsudky a nadávkami setkali. Jeden z respondentů se k tomuto tématu nechtěl příliš vyjadřovat, z čehož bylo odvozeno, že i tento dotazovaný mohl mít s předsudky a stigmatizací své zkušenosti. Člověk s duševním onemocněním si je tohoto mínění vědom, proto je nejčastější reakcí takového jedince, že se stáhne do ústraní a izoluje se od společnosti, aby jí nemusel čelit. Nikdo se nechce dobrovolně stát terčem diskriminace. V současné době však můžeme říci, že rozrůstající se síť institucí pomáhajících těmto lidem se snaží o vymýcení předsudků, o destigmatizaci. Snaha organizací je doplňována podporou státu a legislativních dokumentů, které se snaží o zvýšení motivace zaměstnavatelů přijmout do svých řad člověka se zdravotním znevýhodněním. Přesto však v zákonech nenalezneme zaměření, které konkrétně usnadňuje život duševně nemocnému. Sami respondenti jsou názoru, že je na duševně nemocného zapomínáno. *„Víte, mně přijde, že pořád slyším jen o tělesně postižených. Pořádají se pro ně sbírky a koncerty, ale pro nás ne. Nás společnost nechce. Připadá mi, že nám společnost říká, že jsme odpad společnosti, že se máme stydět za to, co jsme. (Pavel)“*

Duševně nemocní nemají příliš možností uplatnit se na trhu práce. Nabídka je omezená a často i z výše uvedených důvodů chybí motivace samotného duševně nemocného jedince. Práce v chráněných dílnách je velkým přínosem, ale pocit, že mohou pracovat na otevřeném pracovním trhu, je k nezaplacení. Být zaměstnán na otevřeném trhu

práce, najít vyhovující zaměstnání, možnost setkávat se s jinými lidmi, mít pocit uplatnění, smysluplnosti a uznání, je pro každého člověka s duševním onemocněním výhrou a nepopíratelným přínosem pro jeho životní dráhu.

Na základě analýzy získaných dat je možné předložit doporučení, které vychází z celkového výzkumného šetření. Rozhovory se šesti respondenty nelze samozřejmě zobecnit, přesto není příliš troufalé tvrdit, že sociální služba Podporované zaměstnání by byla v Pardubicích plně využita. Je tak souzeno z výpovědí respondentů a rozhovoru s pracovní konzultantkou Podporovaného zaměstnávání FORMIKA v Praze.

ZÁVĚR

Problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním je závažné téma, které se v současné době dostává na světlo veřejnosti stále více. Ačkoli je toto tvrzení příznivým příslibem lepších zítřků, nelze v tuto chvíli konstatovat, zda se postoj k duševně nemocnému změní v období pěti, deseti nebo padesáti let. Významně by k tomu mohla přispět právě probíhající Reforma psychiatrické péče, o níž je více informací uvedeno v kapitole 3.5, Práva duševně nemocných. Tato studie, která je kromě hlavního tématu pracovního uplatnění věnována duševně nemocným v komplexu celkových životních změn, předkládá aktuální status duševně nemocného ve společnosti. Zejména oblast hledání zaměstnání na chráněném i otevřeném trhu práce ukazuje, jakým způsobem může stigmatizace a diskriminace ze strany společnosti utvářet životní dráhu jednoho jedince i jeho smýšlení o sobě samém.

Možnost a schopnost pracovat, být zaměstnán, to je smysl života každého z nás, nevyjímaje ani člověka s duševní poruchou. Práce je utvářením vlastního já, zvyšováním sebevědomí a zprostředkováním sociálních kontaktů. Duševně nemocný člověk by neměl zůstat sám se svou nemocí, neboť pak by právě ona dostala šanci jej plně ovládnout a zavedla by svého nositele do nereálného světa odtrženého od společnosti. Bez podpory rodiny a blízkých přátel se člověk s duševní poruchou velmi rychle stává závislým na systému sociálních služeb, které mu jsou nabízeny. Téma pracovního uplatnění se velmi dotýká oborů sociální a resocializační pedagogiky. Vyškolení pracovníci v tomto odvětví mohou těmto lidem pomoci v oblastech vzdělávání, nácviku a upevňování dovedností i návyků, osobní asistence nebo poradenství.

Cílem diplomové práce bylo zhodnotit a zmapovat současnou situaci duševně nemocných na otevřeném i chráněném pracovním trhu. Potvrdilo se, že hlavní bariérou v procesu zaměstnávání duševně nemocných jsou mýty a předsudky přetrvávající v naší společnosti a občasnou záměnou duševní nemoci za mentální retardaci. Zásadní problém je v nedostatečné osvětě o životě duševně nemocných a mediální obraz znázorňující člověka s duševní poruchou zejména v negativním smyslu. Další překážkou je omezenost pracovních míst, která jsou vhodná pro duševně nemocného člověka. Instituce orientované na pomoc a podporu duševně nemocných poskytují sice prospěšné programy zaměstnávání těchto osob, přesto, z důvodu nedostatku pracovních míst, a to zejména v tom smyslu, že zaměstnavatelé nejsou příliš ochotni vytvářet pracovní místa a podmínky tak, aby splňovaly potřeby duševně nemocného, nalezne pracovní uplatnění jen zlomek těch, kteří pracovat chtějí a potřebují.

Úkolem praktické části této studie bylo zmapování současné situace zaměstnávání osob s duševní poruchou v regionu – město Pardubice. Výzkumné šetření potvrdilo skutečnost, kterou je neuspokojivé množství pracovních míst a diskriminace ze strany zaměstnavatelů. Nejdůležitějším pilířem výzkumu se staly výpovědi duševně nemocných, které poskytly jednak vlastní zkušenosti, ale hlavně možnost vidět překážky při hledání zaměstnání z pohledu handicapovaných. Velmi významný se stal rozhovor s pracovní konzultantkou Podporovaného zaměstnávání FORMIKA, který poukázal na podstatný chybějící článek v sociálních službách nabízených duševně nemocným v Pardubicích. Tedy sociální službu Podporované zaměstnávání. Ačkoli doplnění služby je zcela jistě zapotřebí, není řešením celkového „vyřešení“ situace duševně nemocných ve společnosti.

V České republice jsou snahy o změnu postavení duševně nemocného vyvíjeny zejména ze strany organizací zaměřujících se na podporu a péči o duševní zdraví a dobrovolníků. Síť psychosociálních služeb se rozrůstá, ale prozatím je hodnocena nedostatečně, neboť stávající organizace nejsou schopny uspokojit potřeby svých klientů, jejichž řady se, na základě uspěchané doby plné zátěžových situací, rozrůstají. Jak bylo řečeno, v současné době je nejdůležitějším prvkem v oblasti péče o duševní zdraví Reforma psychiatrické péče. Pro uživatele psychiatrické péče je nadějí na zvýšení kvality jejich života. Aktuální informace nejsou ale zcela příznivé. Slibně rozběhnutá příprava se v posledních měsících zastavila. Pochopitelnou příčinou bylo čekání na novou vládu. 30. ledna 2014 se novým ministrem zdravotnictví stal MUDr. Svatopluk Němeček, MBA, který pak jmenoval nového náměstka pro zdravotní péči a nového náměstka pro zdravotní pojištění. Obměněné vedení ministerstva se však zatím k připravované reformě psychiatrické péče oficiálně nepřihlásilo. Vydání Strategie reformy psychiatrické péče bylo zatím posledním krokem směřujícím k reformě. K tomuto tématu se vyjadřuje Jan Jaroš, výkonný ředitel o. s. KOLUMBUS, takto: *„Strategie ukazovala světlo na konci tunelu v zakonzervovaném českém systému psychiatrické péče. Očekáváme péči o duševní zdraví pro 21. století, nikoliv konzervaci současného stavu. Nechceme zůstat v pozici diskriminované a stigmatizované menšiny bez práva na kvalitní zdravotní péči a normální život.“*⁴⁹

Příchod duševní poruchy člověk neovlivní. Prostě se tak stane. Ať už to jsou dědičné předpoklady nebo psychické přetížení ve vašem životě, kdo s sebou přinese počátek duševní nemoci, budete jejími příznaky více či méně donuceni změnit svůj dosavadní život a hledat dveře, kterými se vydat a žít kvalitní a smysluplný život. V dnešní době to může být kdokoli

⁴⁹ In: Esprit; 2014; 1; s. 3.

z nás, koho duševní nemoc dostane. Dnešní uspěchaná doba je toho jen důkazem. A co když to budete právě vy, kdo bude potřebovat pomoc? Je to na každém z nás pokusit se změnit smýšlení o duševně nemocných a jako jedinci pomoci celé společnosti v boji proti stigmatizaci vyvrácením mýtů a předsudků. Uvědomit si, nejen z úhlu resocializačního pedagoga, ale i z pohledu každého člověka, že jakýkoli jedinec, i ten duševně nemocný, má právo žít kvalitním životem a být společensky uznáván.

SEZNAM LITERATURY

PRIMÁRNÍ LITERATURA:

Publikace:

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. Vyd. 1. Praha: Galén, 1997, 218 p. ISBN 80-858-2445-0.

BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 244 s. ISBN 80-244-1354-X.

CARR-GREGG, Michael. *Psychické problémy v dospívání*. Vyd. 1. Překlad Denisa Šmejkalová. Praha: Portál, 2012, 142 s. ISBN 978-80-262-0062-8.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 104 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 21. ISBN 978-80-734-5114-1.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství: v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Překlad Věra Dvořáková. Praha: Lidové noviny, 1993, 209 s. Edice 21, sv. 3. ISBN 80-710-6085-2.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Vyd. 1. Překlad Tomáš Prášek. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-864-2921-0.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

HÖSCH, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004, 883 s. ISBN 80-900130-7-4.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 285 s. ISBN 80-717-8535-0.

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 247 s. ISBN 80-717-8563-6.

KOMENDOVÁ, Jana. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Ostrava: Key Publishing, 2009, 158 s. ISBN 978-80-7418-022-4.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012, 403 s. ISBN 978-80-262-0302-5.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAJ, Mario a N. SARTORIUS. *Schizophrenia*. 2nd ed. Hoboken, N.J.: Wiley, c2003, xvi, 498 p. ISBN 04-708-4964-9.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-717-8700-0.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MENTZOS, Stavros. *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Vyd. 1. Překlad Lucie Simonová. Praha: Portál, 2012, 287 s. ISBN 978-80-262-0018-5.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2013. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 874 s. ISBN 978-809-0425-903.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

PORTER, Roy. *Madness: a brief history*. [Nachdr.]. Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press, 2003, 241 p. ISBN 978-0-19-280267-5.

PRAŠKO, Ján. *Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, c2001, 90 s. ISBN 80-859-1265-1.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozš. Praha: Triton, 2006, 211 s. ISBN 80-7254-746-1.

RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 468 s. ISBN 80-716-9964-0.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996, 504 s., x s. obr. příloh. ISBN 80-858-0033-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

VYMĚTAL, Jan a kol. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5.

ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, xxvii, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

Periodika:

COUTURE, SHANNON a DAVID PENN. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*. 2003, vol. 12, issue 3, s. 291-305. DOI: 10.1080/09638231000118276.

DYREHAUGE, Leona. 13 mýtů o schizofrenii. *Psychologie.cz* [online]. [cit. 2014-01-06]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/13-mytu-o-schizofrenii/>

GABRIEL, Josef (šéfredaktor). Blázníš? Řekni o tom studentům!. *Esprit: Časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné*. 2010, 09–10, s. 8

GABRIEL, Josef (šéfredaktor). Reforma psychiatrické péče stagnuje. *Esprit: Časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné*. 2014, 1, s. 3

HAMID-BALMA, Sarah a ARTHUR Corrine. Překlad VÁGNEROVÁ Pavlína. Stigma, strach, předsudky, odmítání. *Esprit: Časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné*. 2009, 07-08. Pozn.: Článek převzat z časopisu *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 2005, Vol. 2, No. 6, s. 4 – 5

JAROLÍMEK, Martin. S čím zápasí duševně nemocní a jejich rodiny. *Esprit: Časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné*. 2012, 05-06, s. 4 - 7.

KRÁSA, Václav, Veronika PŮROVÁ a Bohumila MIŠKOVSKÁ. Přenos zkušeností s fondem na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením ze zahraničí do ČR. *Mosty*. 2013, roč. 14, 01/2013. Dostupné z: http://www.nrzp.cz/images/PDF/MOSTY-casopis/2013_MOSTY_01.pdf

Internetové zdroje:

Aktuální projekty. In: *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. 2010 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/projekty/aktualni-projekty.html>

CEDR: Pomáháme duševně nemocným [online]. 2012 [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.cedrops.cz/>

Co je ergoterapie?. *ČAE: Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2008 [cit. 2014-01-28]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

ČESKÁ ABILYMPIJSKÁ ASOCIACE [online]. 2012 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: <http://www.caaos.cz/>

Definition of Occupational Therapy. *WFOT: World Federation of Occupational Therapists* [online]. 2012 [cit. 2014-01-28]. Dostupné z: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

FOSA o. p. s. [online]. 2012 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.fosaops.org/>

Katalog organizací zaměstnávajících více než 50% osob se zdravotním postižením a osob se zdravotním postižením samostatně výdělečně činných. *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2013 [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob/katalogorganizaceozp>

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [online]. 2010 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/homepage.html>

Ochrana duševního zdraví občanů ČR: V ČR se porušují práva duševně nemocných. In: *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. 2009 [cit. 2014-01-11]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/tiskove-zpravy/123-ochrana-dusevniho-zdravi-obcanu-cr.html>

Péče o duševní zdraví: Výroční zpráva 2010. *Péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: [http://www.pdz.cz/uploaded/dokumenty/VZ/VZ_Péče o duševní zdraví_2010.pdf](http://www.pdz.cz/uploaded/dokumenty/VZ/VZ_Peče_o_duševní_zdraví_2010.pdf)

Péče o duševní zdraví: Výroční zpráva 2011. *Péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: http://www.pdz.cz/uploaded/dokumenty/VZ/PDZ-vyrocní_zprava-2011-email.pdf

Péče o duševní zdraví: Výroční zpráva 2012. *Péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: [http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/VZ/VZ_2012_plná verze.pdf](http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/VZ/VZ_2012_plná_verze.pdf)

Podporované zaměstnávání. In: *Green doors: Pracovní a sociální rehabilitace* [online]. 2009 [cit. 2014-02-21]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/podporovane-zamestnavani>

POHANKA: jídelna pro zdraví [online]. 2013 [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: <http://www.jidelnapohanka.cz/>

Preduka: Preventivní edukační program proti relapsu psychózy. *Psychiatrické centrum Praha: Centrum neuropsychiatrických studií* [online]. 2014 [cit. 2014-02-02]. Dostupné z: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/PREDUKA.htm>

Přenos zkušeností s fondem na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením ze zahraničí do ČR. In: *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami* [online]. 2013 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/kalendar-akci/78208-10>

PZ na cestě Evropou. In: *Česká unie pro podporované zaměstnávání* [online]. 2010 [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/4-clanky/28-projekty/2-pz-na-cestev-evropou.html>

Středisko Výměník. *Péče o duševní zdraví* [online]. 2012 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/pobočka-pardubice-vymenik.html>

ŠTÍPKOVÁ, Pavlína a Klára FIALOVÁ. Podporované zaměstnávání FORMIKA - co to je a k čemu je dobré?. *Protisedi.cz* [online]. 2013, [cit. 2014-03-03]. Dostupné z: <http://www.protisedi.cz/article/podporovane-zamestnavani-formika-co-je-k-cemu-je-dobre>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic [online]. 2010 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: www.uzis.cz

Vydání Strategie reformy psychiatrické péče. In: *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2013/10/08/#.UzPF4IWjfvY>

Výroční zpráva CEDR Pardubice o. p. s.: Za rok 2010. *CEDR: pomáháme duševně nemocným* [online]. 2012 [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.cedrops.cz/project/files/docs/cedr-vyrocnizprava-2010.pdf>

Výroční zpráva CEDR Pardubice o. p. s.: 2011. *CEDR: pomáháme duševně nemocným* [online]. 2012 [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.cedrops.cz/project/files/docs/vyrocnizprava-cedr-2011.pdf>

Výroční zpráva CEDR Pardubice o. p. s.: 2012. *CEDR: pomáháme duševně nemocným* [online]. 2012 [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.cedrops.cz/project/files/docs/cedr-pardubice-o.p.s.-vyrocnizprava-2013.pdf>

Výroční zpráva: Centrum pro zdravotně postižené Pardubického kraje 2012. *Centrum pro zdravotně postižené a seniory Pardubického kraje, o.p.s.* [online]. 2008 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: http://www.czp-pk.cz/data/File/vyrocní_zprava_2012.pdf

WEIMEROVÁ, Monika. Psychóza a pracovní uplatnění. In: *Dobrá psychiatrie* [online]. 2010 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-prace>

Legislativa:

Česká republika. Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů*. 1993, č. 2.

Česká republika. Nařízení vlády o podmínkách použití finančních prostředků Státního fondu rozvoje bydlení ke krytí části nákladů spojených s výstavbou sociálních bytů formou dotace právnickým a fyzickým osobám. In: *Sbírka zákonů*. 2009, č. 333.

Česká republika. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů*. 2010, č. 10.

Česká republika. Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 2006, č. 108.

Česká republika. Zákon o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů*. 2004, č. 435.

Česká republika. Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). In: *Sbírka zákonů*. 2009, č. 198.

Česká republika. Zákoník práce. In: *Sbírka zákonů*. 2006, č. 262.

SEKUNDÁRNÍ LITERATURA:

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. století*. 1. vyd. Ilustrace Jiří Hlaváček. Praha: Mladá fronta, 2011, 110 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2494-5.

ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, 143 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.

DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, c2008, 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 7., V Portálu 6. Praha: Portál, 2013, 147 s. ISBN 978-80-262-0528-9.

NASAR, Sylvia. *Čistá duše*. Překlad Zdeněk Hajník. Praha: Pragma, c1998, 386 s. ISBN 80-7205-965-3.

SAKS, Elyn R. *Střed se hroutí zevnitř: mé putování šílenstvím*. V Praze: Triton, 2011, 334 s. ISBN 978-80-7387-470-4.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.