

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě

Ústav veřejné správy a regionální politiky

Adam Labský

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Veřejná správa a sociální politika

**Reintegrace osob s duševním onemocněním na trh práce v
České republice**

**Reintegration of people with mental disorder to the labour
market of the Czech Republic**

diplomová práce

Opava 2020

doc. PhDr. Anna Václavíková, CSc.
vedoucí DP

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem návratu osob s duševním onemocněním na trh práce v České republice. Teoretická část práce bude zaměřena na definování důležitých základních pojmů a definic vztahujících se k problematice duševních onemocnění, jejich typologií, možnostmi léčby, z nichž největší pozornost autor věnuje rozličným způsobům terapie a diskriminace osob s duševním onemocněním. Významnou součástí teoretické části práce bude resocializace těchto osob a jejich reintegrace na trh práce v České republice. Diplomová práce bude dále obsahovat také praktickou část, ve které bude autor formou standardizovaných rozhovorů zjišťovat, jestli a jakým způsobem jsou osoby s duševním onemocněním znevýhodňovány při reintegraci na pracovní trh v České republice. Cílem práce je zmapovat sociální bariéry, se kterými se osoby s duševním onemocněním potýkají v každodenním životě, především pak při jejich resocializaci a reintegraci na trh práce. Součástí praktické části diplomové práce bude vytvoření souboru aktivizačních metod a technik pro pacienty s duševním onemocněním, který bude sloužit jako pomůcka k jejich resocializaci. Tento praktický výstup bude následně předán vybraným oddělením psychiatrických zařízení České republiky.

Klíčová slova

Terapie, duševní onemocnění, reintegrace, trh práce, diskriminace

Abstract

This diploma thesis is aimed at reintegration of people with mental disabilities back to the labor market. Theoretical part of thesis aims to describe important terms and definitions connected to the problematics of mental disabilities, their typology, treatment options from which the author takes multiple approaches towards therapies and discrimination of people with mental disabilities. Important part of the theoretical part will be resocialization of these people and also their reintegration to the labor market in the Czech Republic. Diploma thesis will further consist of practical part where the author will determine through standardized interviews whether and how are people with mental disabilities disadvantaged while reintegrating to the labor market of the Czech Republic. The aim of the work is to map social barriers that people with mental disabilities face in everyday life, primarily while resocialization and reintegration to the labor market. Practical part of the thesis consists of set of activation methods and techniques for patients with mental disorders which will act as a tool to help them resocialize. This practical output will further be forwarded to chosen psychiatric clinics in the Czech Republic.

Keywords

Therapy, mental disorders, reintegration, labour market, discrimination

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Akademický rok: 2019/2020

Zadávací ústav:	Ústav veřejné správy a regionální politiky
Student:	Adam Labský
UČO:	40938
Program:	Sociální politika a sociální práce
Obor:	Veřejná správa a sociální politika
Téma práce:	Reintegrace osob s duševním onemocněním na trh práce v České republice
Téma práce anglicky:	Reintegration of people with mental disorder to the labour market of the Czech Republic
Zadání:	<p>Cílem práce je zmapovat sociální bariéry, se kterými se osoby s duševním onemocněním potýkají v každodenním životě, především pak při jejich resocializaci a reintegraci na trh práce. Teoretická část diplomové práce bude zaměřena na definování důležitých základních pojmů a definic vztahujících se k problematice duševních onemocnění, jejich typologií, možnostmi léčby, v praktické části bude autor formou standardizovaných rozhovorů zjišťovat, zda a jakým způsobem jsou osoby s duševním onemocněním znevýhodňovány při reintegraci na pracovní trh v České republice. Součástí praktické části diplomové práce bude vytvoření souboru aktivizačních metod a technik pro pacienty s duševním onemocněním, poslouží jako pomůcka k jejich resocializaci. Tento praktický výstup bude následně předán vybraným oddělením psychiatrických zařízení České republiky.</p>
Literatura:	<p>ČERMÁK, Michal. Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN 978-80-87181-08-9.</p> <p>DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.</p> <p>KANTOR, Jiří. Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5124-4.</p> <p>OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.</p> <p>PLEŠNÍK, Vladimír. Osvědčené metody a techniky z oblasti začleňování zdravotně postižených osob na trh práce. Krnov: Reintegra, 2011. ISBN 978-80-254-8968-0.</p> <p>PROCHÁZKOVÁ, Lucie. Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-094-4.</p> <p>THORNICROFT, Graham. Shunned: discrimination against people with mental illness. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 019857097X.</p> <p>VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.</p>


Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací
a o změně některých zákonů

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Václavíková, CSc.

Datum zadání práce: 15. 11. 2019

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

15. 11. 2019

.....
JUDr. Marie Sciskalová, Ph.D.
vedoucí ústavu

Čestné prohlášení

Tuto práci jsem vypracoval samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Prohlašuji, že elektronická verze práce je shodná s verzí tištěnou. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Ústřední knihovně Slezské univerzity v Opavě.

.....

Obsah

ÚVOD.....	9
1 Duševní porucha a její diagnostika.....	11
1.1 Zdraví a nemoc.....	11
1.2 Posuzování duševní poruchy.....	12
1.3 Klasifikace duševních onemocnění.....	12
1.3.1 F00-09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických.....	13
1.3.2 F10 – Poruchy vyvolané požíváním alkoholu.....	13
1.3.3 F20-29 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy.....	13
1.3.4 F30-39 – Afektivní poruchy.....	14
1.3.5 F40-49 – Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy.....	14
1.3.6 F50 – Poruchy příjmu potravy.....	14
1.3.7 F51 – Neorganické poruchy spánku.....	15
1.3.8 Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí.....	15
1.3.9 F53 – Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestinedělím.....	15
1.3.10 F55 – Abúzus látek nevyvolávajících závislost.....	15
1.3.11 F60-69 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých.....	15
1.3.12 F70-79 – Mentální retardace.....	16
1.4 Vybrané duševní poruchy.....	16
1.4.1 Schizofrenie.....	16
1.4.2 Postižení psychických funkcí u schizofrenie.....	18
1.4.3 Diagnostika schizofrenie.....	20
1.4.4 Paranoidní schizofrenie.....	20
1.4.5 Hebefrenní schizofrenie.....	21
1.4.6 Katatonní schizofrenie.....	22
1.4.7 Simplexní schizofrenie.....	22
1.4.8 Deprese.....	23

1.4.9	Úzkostný syndrom a úzkosti	25
2	Sociální pomoc státu znevýhodněným osobám.....	26
2.1	Invalidní důchod.....	26
2.2	Příspěvek na péči.....	26
2.3	Příspěvek na mobilitu	27
2.4	Příspěvek na bydlení.....	27
3	Terapie.....	29
3.1	Psychoterapie.....	29
3.1.1	Psychoterapeutické školy a přístupy	30
3.2	Psychofarmakoterapie	31
3.3	Canisterapie	33
3.4	Umělecké terapie	33
3.4.1	Arteterapie.....	34
3.4.2	Dramaterapie	38
3.4.3	Muzikoterapie	40
4	Trh práce a diskriminace	41
4.1	Komponenty trhu práce	42
4.2	Význam práce pro člověka s postižením	42
4.3	Problematika osob se zdravotním postižením na trhu práce	43
4.4	Diskriminace.....	48
4.4.1	Antidiskriminační zákon	48
4.4.2	Jak poznat diskriminaci osoby?	49
5	Praktická část	51
5.1	Forma praktické části.....	51
5.2	Rozhovor pro zaměstnavatele	52
5.3	Rozhovor se zaměstnancem/uchazečem s duševním znevýhodněním	57
5.4	Rozhovor s lékařem – psychiatrem.....	61
6	Soubor aktivizačních metod a technik	65

6.1	Vybrané zpětné vazby pacientů po absolvování cyklu.....	77
	Závěr	79
	Seznam použitých zdrojů	81
	Seznam příloh.....	85
	Přílohy	1

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá problematikou reintegrace duševně nemocných osob na trh práce. Jejím cílem je zhodnotit, zda jsou lidé s duševním onemocněním na trhu práce diskriminováni, a zároveň vytvořit takový soubor aktivizačních metod a technik, který bude zaměřen na jejich rehabilitaci a resocializaci.

Teoretická část seznamuje čtenáře se základními pojmy v rovině psychiatrické, sociální a ekonomické, vzhledem k tomu, že v teoretickém kontextu jsou poznatky ze všech těchto rovin pro práci stěžejní.

První kapitola pojednává o duševním zdraví a nemoci, přičemž je zde zahrnuto, kdy se člověk považuje za nemocného a zdravého. Další podkapitoly se zabývají diagnostikou duševních nemocí a jejich klasifikací, přičemž poslední podkapitola blíže popisuje duševní poruchy, které se v naší společnosti objevují stále častěji.

Ve druhé kapitole je shrnuta pomoc státu v případě, že duševní nemoc je u člověka natolik vážná, že se dostane do situace, kdy není finančně soběstačný. V důsledku vážného průběhu duševní nemoci lze totiž přijít i o zaměstnání, nebo se ocitnout ve stavu dlouhodobé pracovní neschopnosti. V takovém případě musí sociální systém zasáhnout a poskytnout těmto osobám odpovídající podporu.

Třetí kapitola pojednává o různých možnostech terapie, které pacienti s duševním onemocněním mohou absolvovat. Vedle konvenčních terapeutických možností tato kapitola obsahuje také alternativní terapie, které využívají drama, hudbu a umění.

Čtvrtá kapitola definuje současný trh práce a v rámci něj popisuje a rozebírá. Zde se autor věnuje duševně nemocným na trhu práce a způsobu, jakým je na tuto skupinu pohlíženo v širším měřítku, jakožto i na obecná východiska, která ze zaměstnávání duševně nemocných vyplývají. Kapitola se dále věnuje diskriminaci, přičemž obsahuje i přesný popis, za jakých podmínek k ní dochází a jak se proti ní lze účinně bránit. Podstatou této kapitoly je si také uvědomit, že ne všechny osoby s duševním onemocněním, které jsou na trhu práce odmítnuty, jsou nutně diskriminovány.

Praktická část začíná šestou kapitolou, ve které autor analyzuje strukturované rozhovory s duševně nemocnými, zaměstnavateli a doktory. Pro maximalizaci relevantnosti se rozhodl zahrnout také zaměstnavatele a ošetřující lékaře této skupiny, aby bylo možné rozebrat problematiku zaměstnávání duševně nemocných z více úhlů.

Poslední kapitola práce je věnována souboru aktivizačních metod a technik, na jehož vytvoření se autor spolupodílel. Kromě detailního popisu jednotlivých aktivit je zde také obsažena výzkumná část, ve které duševně nemocní tento soubor metod a technik užívali po dobu čtrnácti dní, aby následně mohli poskytnout zpětnou vazbu o jejich přínosu.

Pro práci byly zvoleny především knižní zdroje, které byly vybrány na základě rozebírané problematiky. Jejich portfolio je vskutku pestré, neboť vedle knih zabývajících se sociální tematikou v práci musely být obsaženy zdroje lékařské a ekonomické, které celé práci dodaly rámeček, jaký zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním rozhodně vyžadují, protože jejich problematika se nutně prolíná i do jiných oblastí, než je sociální, popřípadě se tyto oblasti o sociální stránku opírají natolik, že by bylo nelogické je v práci neuvést.

1 Duševní porucha a její diagnostika

V první kapitole teoretické části práce se bude autor práce věnovat podrobnému rozboru duševní poruchy a její diagnostice. Vzhledem k tomu, že tato diplomová práce pojednává o duševně nemocných, je na místě, abychom přesně specifikovali takto znevýhodněné osoby.

Diagnostika duševní poruchy je problematická, protože musíme znát všechna diagnostická kritéria a normu psychického zdraví. Právě pohledy na tyto věci se mezi odborníky liší. Při duševní poruše je velmi důležité rozpoznat, o jakou konkrétní se jedná. Správná diagnostika a výběr optimálního terapeutického plánu jsou však provázeny mnoha překážkami. Diagnostika takového jedince je provázena sociálními, odbornými a laickými stránkami, a psychiatrie začíná až tam, kde došlo ke konfrontaci laického a odborného přístupu, přičemž jejím výsledkem je rozpoznání správné duševní poruchy (či abnormality).¹

Psychiatrie věnuje zvýšenou pozornost úvodnímu období rozvoje psychické poruchy, které je jinak nazýváno jako iniciální období. Tato diagnostika využívá iniciální symptomatiku duševních poruch, která je poněkud jiná než symptomatika plně rozvinutých psychických onemocnění. Při sledování těchto iniciálních příznaků se lze dostat k období, kdy se přímo prolínají s rysy zdravé osobnosti, což je protiklad ve vztahu duševního zdraví a duševní nemoci. Psychiatr tak vidí rozpory v návaznostech na praktická opatření, kterými do tohoto vztahu přímo zasahuje: zdraví – upevňování zdraví – prevence – psychoprofylaxe – léčba – nemoc. Z tohoto odstavce je pak jasné, že i diagnostika má dynamický charakter.²

1.1 Zdraví a nemoc

Pojem zdraví je zcela pozitivní pojem, protože zdraví se nachází tam, kde není nemoc. Zdraví jako takové nelze ani popsat podle nějakých kritérií normálnosti, protože díky nim něco samo o sobě neexistuje, vždy je to vztah k něčemu. Na zdraví se tak musí pohlížet jako na proces, který je dynamický. Tento proces se vždy vyvíjí v určitém vztahu k prostředí. Organismus je totiž vybaven určitým rozsahem, ve kterém se dokáže prostředí přizpůsobit, přičemž prostředí na organismus klade rozsah nároků. Podobný problém je řešený s normalitou a zdravím.

¹ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 23.

² Tamtéž.

Pokud se organismus prostředí přizpůsobí natolik, že převyšuje jeho nároky, mluvíme pak o jedinci, který se nachází ve stavu zdraví. Druhý případ je, pokud nároky prostředí na jedince převyšují hranici adaptability organismu, čímž vznikne porucha rovnováhy a s ní i nemoc. Podle schopnosti jedince vyrovnat se s nároky prostředí se pak rozlišují různě stupně zdraví.³

Existuje také subjektivní zdraví, kdy se jedinec cítí být zdravý naproti tomu, že je v jisté fázi chorobného procesu, v remisích onemocnění apod. Tímto pojmem se rozumí prožitková stránka – pocit zdraví. Protipól subjektivního zdraví je objektivní zdraví, které je jeho vnější projevovalá stránka. U zdravého člověka mezi těmito dvěma pojmy neexistuje disociace, obě stránky jsou tak zachovány. Disociace pak předvídá vzniklý anebo rozvíjející se patologický stav.⁴

1.2 Posuzování duševní poruchy

Duševní porucha se následně může posuzovat dvojím způsobem:

1. Duševní zdraví a duševní porucha jsou v jedné kontinuální jednotě, ve které jsou také hodnoceny. Porucha jako taková je včleněna do dynamiky rozvoje osobnosti a kalkuluje se s ní jako s jednou vývojovou etapou. Vývoj osobnosti pokračuje poruchou do období duševního zdraví. Tento přístup vnímá poruchu jako zákonité vyústění osobnostního vývoje a je tam přímo včleněna.
2. Duševní zdraví a duševní porucha jsou dva protikladné jevy. Porucha není včleněna do dynamiky vývoje osobnosti, právě naopak. Tento přístup tvrdí, že porucha osobnostní vývoj narušuje a brzdí, dochází tedy ke kvalitativní změně osobnostního vývoje.⁵

1.3 Klasifikace duševních onemocnění

Neustálý vývoj medicíny znamená, že v podstatě nepřetržitě vznikají nové poznatky a materiály. S mnoha výzkumnými centry po celém světě a technologickým pokrokem se i v oblasti duševních poruch neustále přidávají další a další poznatky. Vzhledem k tomu, že typů duševních onemocnění je mnoho, nutně musel také vzniknout klasifikační systém, který tyto choroby přehledně rozřadí dle vědeckých kritérií. Práce se samozřejmě nemůže z kapacitních a

³ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 24.

⁴ Tamtéž.

⁵ Tamtéž.

dalších důvodů zabývat každým jedním typem duševního onemocnění, ale pro názornost se v této kapitole objeví klasifikace všech duševních poruch.

1.3.1 F00-09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Tato skupina poruch vzniká na základě mozkového poškození, jehož příčiny mohou mít různý charakter. Duševní poruchy, které vzniknou z poškození jiných orgánů, se nazývají symptomatické. Poruchy organického charakteru se dají dále rozdělit podle toho, které kognitivní funkce ovlivňuje: paměť, intelekt, schopnost učení, myšlení a vnímání.⁶

1.3.2 F10 – Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

Alkohol je nejzávažnější a nejrozšířenější forma návyku. O závislosti na alkoholu můžeme mluvit v případě, že potřeba alkoholu dosáhne takového stupně, kdy škodí společnosti, jedinci, anebo oběma. Takto alkoholismus definovat je velice široká, protože některé společnosti jsou ke konzumaci alkoholu více nakloněny než ostatní, což můžeme demonstrovat na vinařských oblastech, kdy je vyšší konzumace vína jistou společenskou konvencí. To však neznamená, že by alkohol v takovýchto případech nepoškozoval organismus. Například ve Francii je velice častou příčinou úmrtí cirhóza jater, která je s vyšší konzumací alkoholu jistojistě spojena.

Alkohol se účinky nejvíce blíží sedativním látkám. Tlumí úzkost, potlačuje depresi aj. tím, že se po jeho požití vstřebává do krve, kde proudí krevním oběhem do celého těla.⁷

1.3.3 F20-29 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy

Schizofrenie je závažným duševním onemocněním, které je charakterizováno poruchami vnímání, myšlení a osobnosti. Kvalitativní charakter emotivnosti se u těchto poruch významně mění a vyskytují se již v mladém věku. Podrobnější popis těchto poruch bude v samostatně vyčleněné kapitole vzhledem k tomu, že tato nemoc byla vybrána jako jedna ze stěžejních pro tuto práci.⁸

U těchto poruch jsou pacienti vystaveni nejvyšší míře stigmatizace. Chování těchto pacientů je totiž bizarní, odlišné a zvláštní, přičemž pochopit prožívání takového člověka je

⁶ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 183.

⁷ Tamtéž, s. 211.

⁸ Tamtéž, s. 224.

pro zdravého člověka prakticky nemožné. Takovéto onemocnění může způsobit sociální újmy, které budou dále formovat pacientovu psychiku a tito lidé jsou ohroženi právě neporozuměním, a následným vyloučením ze společnosti.⁹

1.3.4 F30-39 – Afektivní poruchy

Tyto poruchy byly známy už ve Starověku a svým výskytem patří k velice častým. Jejich syndromy jsou manické, depresivní, anxiózní, anxiózně depresivní. Někdy se těmto duševním chorobám říká, že jsou způsobeny „chorobným zatížením“ a řada studií poukazuje na hereditu a familiární výskyt. Afektivní poruchy můžeme jednoduše vysvětlit jako poruchy nálad. Jednou z nemocí z tohoto bloku, depresí, se později také budeme zabývat.¹⁰

1.3.5 F40-49 – Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Neurotické poruchy mají společného jmenovatele, kterým je úzkost. Příčina úzkosti nemá konkrétní příčinu, na rozdíl od strachu, což je jediný rozdíl, jak obě tyto emoční reakce lze odlišit. Vegetativní projevy doprovází obě reakce s různou intenzitou prožívání. Úzkost byla a je zkoumána z nejrůznějších pohledů. Můžeme najít biologické, neurofyziologické a psychologické teorie o vzniku úzkosti a jejím dalším rozvoji.¹¹

1.3.6 F50 – Poruchy příjmu potravy

Tyto poruchy častěji postihují mladé ženy a dívky v dospívajícím věku. Etiologické hledisko těchto poruch je neurotické a psychosomatické, přičemž osoba trpící tímto typem nemoci má často hysterické rysy. Tito pacienti ztrácejí tělesnou hmotnost v důsledku nedostatečné výživy, vyskytují se různé endokrinní potíže. Pacienti mají strach z obezity a často u těchto pacientů vážne vztah matka-dcera, kde mladší z obou aktérů se snaží protestovat proti autoritě.¹²

⁹ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 43.

¹⁰ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 238.

¹¹ Tamtéž, s. 248-249.

¹² Tamtéž, s. 266.

1.3.7 F51 – Neorganické poruchy spánku

Do této skupiny se řadí takové poruchy spánku psychogenního původu. U duševních poruch se se spánkovými problémy setkáváme poměrně často, mohou se vyskytovat ve kterékoliv fázi. Zlepšování spánku tak mnohdy koreluje se zlepšováním dalších psychických poruch. Poruchy spánku jsou jako symptom velmi nespecifické.¹³

1.3.8 Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí

Tyto poruchy mohou mít genetickou nebo hormonální příčinu, v jiných případech se může jednat o vývojovou nebo organickou anomálii. To vše může vést k sexuální anestezii, impotenci a frigiditě. Dalšími překážkami mohou být organické poruchy pohlavních orgánů, nemoci vylučovacího ústrojí a další. Impotenci a frigiditu nezdávka provázejí endokrinní poruchy.¹⁴

1.3.9 F53 – Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestineděním

Tyto duševní poruchy se vyskytují pouze u žen v období puberty, menstruačního cyklu, v těhotenství a v poporodním období. Ve všech těchto obdobích na tělo ženy působí významné hormonální výkyvy, což se samozřejmě neprojevuje pouze tělesně, nýbrž i psychicky.¹⁵

1.3.10 F55 – Abúzus látek nevyvolávajících závislost

Těmito látkami se myslí především léky, u kterých se ani při dlouhodobém zneužívání nepotvrdilo vytvoření závislosti. Dlouhodobé zneužívání takovýchto látek pak má za následek různá tělesná poškození a potíže.¹⁶

1.3.11 F60-69 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Za problematické pacienty bývají označováni pacienti s poruchou osobnosti. Mají tendenci určovat pravidla anebo jsou velmi problematictí v dodržování léčby. Tyto poruchy mají kořeny v disharmonicky vyvinuté osobnosti, kdy je těžce narušena charakterová oblast. Některé osobnostní rysy mohou být zvýrazněné, další mohou být v útlumu, nebo také zcela

¹³ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 268.

¹⁴ Tamtéž, s. 272-273.

¹⁵ Tamtéž, s. 276-277.

¹⁶ Tamtéž, s. 278.

zmizet. Těmito vlivy se jedinci často dostanou do konfliktu s okolím, protože jejich chování má často asociální či antisociální charakter.¹⁷

1.3.12 F70-79 – Mentální retardace

Mentální retardace je subnormální intelekt jedince, který má takový stupeň a povahu vyžadující léčení, péči odborníků a rehabilitaci. Jedná se o poškození mozku v raném vývoji, což má za následek neúplný či zastavený duševní vývoj.¹⁸

1.4 Vybrané duševní poruchy

Pro tuto práci jsem se detailně rozhodl popsat tři duševní poruchy, o kterých si myslím, že jsou v naší společnosti nejrozšířenější. Každá z nich se v klasifikaci nachází v jiné kategorii, tedy se liší i svými symptomy a dopady na pacienta. Nejvíce se tato podkapitola bude věnovat schizofrenii, protože ta se u pacientů může objevovat v mnoha formách, přičemž bych rád poukázal na fakt, že označit osobu za „schizofrenika“ nestačí. Jednotlivé podtypy mají totiž výrazně odlišné symptomy a z osobní zkušenosti mohu říct, že pod obecným pojmem schizofrenie se ve společnosti nejčastěji myslí pouze jeden z jejích podtypů, a to „paranoidní“.

1.4.1 Schizofrenie

Schizofrenie je závažná psychická porucha, která je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Dále se dělí na těchto deset podtypů:

1. Paranoidní schizofrenie
2. Hebefrenní schizofrenie
3. Katatonní schizofrenie
4. Nediferencovaná schizofrenie
5. Postschizofrenní deprese
6. Reziduální schizofrenie
7. Simplexní schizofrenie
8. Jiná schizofrenie
9. Schizofrenie nespecifikovaná

¹⁷ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 278-279.

¹⁸ Tamtéž, s. 320.

Významným projevem této nemoci je porucha emotivity, především co se týká kvalitativního charakteru: emoční chudost, nepřiměřenost, oploštělost. Toto onemocnění vzniká především v mladém věku nejčastěji okolo dvaceti let, nicméně jsou známé i formy, které začínají již v dětství. Probíhá v kontinuální formě řadu let, anebo v relapsech. Tato nemoc postihuje asi jedno procento našeho obyvatelstva, ale díky těmto relapsům se může zdát, že je výskyt větší.¹⁹

Termín „schizofrenie“ představil v psychiatrii Eugen Bleuler roku 1911 a díky původnímu řeckému rozkladu tohoto slova byl jako častý překlad uveden „rozštěp mysli“ anebo „štěpení mysli“. Vhodněji bychom však nazvali tuto nemoc rozpad osobnosti. Dříve se této poruše říkalo také „dementia praecox“.²⁰

V závislosti na průběhu této nemoci se je v ní zahrnuto několik patogenetických procesů a průběhových tvarů, protože ani rozdělení na čtyři základní druhy (simplexní, paranoidní, katatonní a hebefrenní) nebylo schopno pokrýt všechny klinické obrazy a jejich mnohotvárný průběh. Proto někteří schizofrenii vyčleňovali také podle jejího průběhu: *recurrens*, *kontinua*, *intermittens*.²¹

U této nemoci se určuje pozitivní, anebo negativní symptomatika. Pod pojmem „pozitivní symptomatika“ rozumíme takové příznaky u psychiky jedince, které se u zdravého člověka nevyskytují. Zdá se, že psychická aktivita osoby s pozitivní symptomatikou je o tyto projevy rozšířena, což je pouze dojem. Jedná se o halucinace, bludy, vzrušenost, nebo bizarní projevy. Jedná se o základní projevy floridní schizofrenie. Negativní symptomatikou rozumíme naopak takové příznaky, které na psychice člověku ubírají a oproti normě tak znamenají jisté ochuzení. Řadíme zde útlum motoriky, zpomalené reakce, hypobulii, ztrátu spontaneity přerůstající až v autismus. Mohou být také doprovázeny katatonními příznaky jako negativismus, stupor, katalepsie apod.²²

U schizofrenie se určují podle Eugena Bleulera dvojí příznaky: primární a sekundární. Primární symptomy jsou psychologicky nevysvětlitelné. Počítá se mezi ně: poruchy asociační činnosti, poruchy afektivity, autismus, ambivalenci a protichůdné impulzy. Sekundární

¹⁹ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 244.

²⁰ Tamtéž, s. 224.

²¹ Tamtéž, s. 225.

²² Tamtéž.

příznaky už jdou psychologicky vysvětlit. Mezi ně se řadí halucinace, bludy, poruchu osobnosti, změny v mluveném a psaném projevu, katatonní a somatické příznaky.²³

1.4.2 Postižení psychických funkcí u schizofrenie

Osobnost nemocného se může vyznačovat jistými charakteristickými rysy: plachostí, redukcí sociálních kontaktů, uzavřeností. Mezi úvodní projevy se také řadí plané filozofování a zájem o bizarní otázky nebo problémy. Později se objevuje netečnost, nezájem o okolní svět, postižený člověk se soustředí hlavně na ten vnitřní. Ten díky halucinacím a bludům může být pestrý a pacientovi tak zcela nahrazovat realitu. Nastupující dezintegrace osobnosti pacienta má za následek rozpad jeho vnitřního světa.²⁴

Myšlení je postiženo jak formálně, tak obsahově. Porucha myšlení se bere za jeden z hlavních příznaků této nemoci. Formálně se u postižené osoby projevují zárazy, tvorba vlastní symboliky, která je pro okolí nesrozumitelná, neologismy, inkoherní nesouvislé myšlení (slovní salát), zmatené myšlení (při poruše kontinuity myšlení). Po obsahové stránce mluvíme o přítomnosti bludů, které mohou mít perzekuční charakter, tzn., mohou být úkorné, megalomaničké, originální, fantastické. V některých případech jde pouze o difuzní paranoidní představy, v jiných může jít o pevně skloubené bludy. Bohatá produkce bludů je spojena s prohlubujícím se autismem. Při dlouhém trvání nemoci se bludy mohou vytráčet, nebo se rozpadat.²⁵

U některých forem schizofrenie je výrazně narušeno vnímání. Výskyt iluzí a halucinací, nejčastěji sluchových ve formě šelestů, šumů, slov, nebo celých vět, popřípadě pak rozhovorů, se týkají pouze nemocného člověka. Mohou se vyskytovat také halucinace dalších smyslových orgánů a pro diagnostiku schizofrenie jsou hodně důležité intrapsychické halucinace – vkládání myšlenek, ozvučování myšlenek a jejich odcizování. Pacienti mívají pocit, že na ně myslí druhé osoby, anebo mají pocit, že jsou jim odcizovány jejich myšlenky, čímž jim je bráněno ve vlastní aktivitě. Halucinace bývají souhlasné s bludy a jednáním osoby, která obvykle dělá to, co po ní její bludy chtějí.²⁶

²³ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 225.

²⁴ Tamtéž, s. 227.

²⁵ Tamtéž.

²⁶ Tamtéž.

Poruchy jednání navazují na poruchy myšlení a vnímání a na poruchy emotivity a poruchy osobnosti. Jednání schizofreniků se liší od jejich chování v rámci premorbidní osobnosti i od jednání zdravých lidí: často se setkáváme s nevypočitatelností, která zdravé lidi překvapí. Chorobné představy a vjemy podle jejich naléhavosti mohou ovlivňovat schizofrenikovu aktivitu a pacient se pod vlivem jeho představ může dopouštět i trestné činnosti. U této nemoci je také častý výskyt sebevražd, například výskokem z okna při úprku před domnělým nebezpečím. Sluchové halucinace doprovázejí naslouchací postoje nemocného, u něhož se vyskytují impulsivní reakce, projevující se náhle a neočekávaně nepochopitelně motivovaným činem.²⁷

U schizofrenie se dále s trváním této nemoci může měnit i emotivita. Na začátku změny nemusí být pozorovatelné. Např. může vystupňovat s nemocí vůči nejbližším – nemocný si může vyčítat, že je nemá dost rád. Vyskytují se i patologické výkyvy nálad v podobě manického anebo depresivního syndromu. V průběhu nemoci později dojde k emočnímu vyhasnutí. Nemocní jsou tak tupí, neteční a jejich emoční projevy se vykazují malou polaritou. Konečné stádium změny emotivity je apaticko-abulický syndrom. Ten je charakteristický pro těžší formy schizofrenie. Vleklý začátek a brzký rozvoj negativních symptomů předznamenává horší a nepříznivý průběh nemoci. Můžeme konstatovat, že jsou postihovány vyšší city, a to jak společenské, tak estetické. Schizofrenik postupně propadá lhostejnosti k lidskému kontaktu a tím se uzavře sám do sebe. Nápadná může být i přiléhavost citů a nevhodné emoční projevy v podobě náhlého smíchu nebo upadnutí do deprese. Může se také stát, že pacient má smutnou náladu, a i přesto se směje.²⁸

Intelekt u schizofreniků postižen není, i když jejich pasivita a netečnost může vyvolávat dojem, že jejich paměťové a intelektuální funkce nejsou v normě. Pokud se podaří pasivitu a netečnost prolomit, zjistíme, že tyto funkce jsou naprosto v normálu.²⁹

U některých případů schizofrenie se na začátku může objevit porucha vědomí kvalitativního charakteru (amence, delirium). V jejím průběhu jsou pak vzácností. Objevuje se zpravidla u náhlých forem schizofrenie, má krátké trvání a rychle odezní.³⁰

²⁷ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 227.

²⁸ Tamtéž, s. 228.

²⁹ Tamtéž.

³⁰ Tamtéž.

Ze somatických příznaků můžeme uvést poruchy spánku, bolesti hlavy a u žen může dojít k poruchám menstruace. Všechny ostatní somatické příznaky jsou sekundární a nemají prokázaný diagnostický význam v návaznosti na tuto nemoc.³¹

1.4.3 Diagnostika schizofrenie

Při diagnostice schizofrenie se odborníci drží kritérii, které jsou stanoveny v MKN-10. Děje se tak za pomoci kritérií ve dvou skupinách. Aby člověk mohl být označený za schizofrenika, musí se u něj vyskytovat minimálně jeden příznak z první skupiny, anebo dva příznaky ze skupiny druhé.

1. Skupina:

- a. Ozvučování myšlenek, imputace nebo amputace myšlenek, vysílání myšlenek.
- b. Bludy ovlivňování, kontrolování, ovládání, bludné vnímání.
- c. Sluchové halucinace.
- d. Přetrvávající bludy jiného druhu, nepřijatelné a nepatřičné v dané kultuře.

2. Skupina:

- a. Přetrvávající halucinace jakýchkoliv smyslů s každodenním výskytem po dobu alespoň jednoho měsíce.
- b. Neologismy, zárazy, nebo vkládání jiných myšlenek do již probíhajícího myšlenkového proudu.
- c. Katatonní projevy (vzrušení, mutismus, negativismus, stupor a další.)
- d. Negativní symptomy.³²

1.4.4 Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejčastější formou tohoto onemocnění. Charakterizuje ji výskyt paranoidního nebo paranoidně halucinatorního syndromu. Jejich rozvoj může začínat bludným laděním, vystupňovanou dynamogenií, pocity ukřivdění, nedůvěřivosti a podrážděností. Postupem času se zformují bludy, které mají čím dál větší tendence se systemizovat. Bludná symptomatika zřídka zůstává samotným příznakem, postupem času se často přidávají halucinace, jindy se porucha projeví pouze jimi. Také výskyt osamocené halucinatorního syndromu je velmi vzácný, postižený zpravidla halucinatorní projevy dále

³¹ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 228.

³² Tamtéž, s. 229.

zpracovává a vytváří si jejich bludný výklad. Bludný komponent je v halucinatorních variantách onemocnění téměř vždy v nějaké formě přítomen a halucinatorní varianty jsou v podstatě abortivní formy plně rozvinutých halucinatorně paranoidních syndromů.³³

Nejčastější je výskyt vztahovačných, úkorných a perzekučních bludů, mohou se objevit i bludy originární, emulační, nebo jiné megalomanického charakteru. Rychlý nástup nemoci a stejně tak rychlý průběh nedává bludům prostor pro systemizaci a zpevnění, děje se tak zpravidla při pozvolna se rozvíjející formě, kde jsou bludy pevné a skloubené. Takto systemizované bludy provází mnohem obtížnější léčba. Primárně se vyskytují halucinace sluchového charakteru, jiné smyslové halucinace jsou spíše ojedinělé. V různé formě a intenzitě se u pacientů objevuje afektivní doprovod. Mohou se vyskytovat afektivní rapy, zlostné projevy, podrážděnost, strach a úzkost. Bludy a halucinace si zcela podmaňují náladovost pacienta – emoční projevy jsou oploštěné a spíše depresivního charakteru, ty nejsou tak intenzivní jako u jiných druhů schizofrenie. Halucinace a bludy mohou způsobovat agresivitu a neklid, které mohou končit až sebevražděnými aktivitami.³⁴

Paranoidní schizofrenie nejčastěji probíhá v jednotlivých epizodách, mluvíme tak o tzv. epizodickém průběhu nemoci. Jakmile jedna epizoda odezní, objevují se postupem času narůstající residua. Kontinuální průběh této nemoci se vyskytuje pouze ojediněle. Počáteční stádia nemoci mohou mít charakter kontinuálních epizod, se (skoro) kompletními remisemi, po odeznění tak nemusí zůstat residuum, což je specifické pro pozdější průběh paranoidní schizofrenie. Jiné průběhové varianty jsou ojedinělé.³⁵

1.4.5 Hebefrenní schizofrenie

Tato forma schizofrenie byla poprvé charakterizována psychiatrem z Německa Ludwigem Kahlbaumem, kdy společně se svým žákem Heckerem tuto poruchu označili za poruchu puberty a adolescence, která vede k deterioraci. Tato duševní porucha se objevuje v dobách duševního dozrávání a projevuje se zvýrazněným pubertálním chováním.³⁶

Hebefrenní schizofrenie nastupuje pozvolna a plynule se vyvíjí z vystupňovaných pubertálních znaků. Náhlý vývoj je evidován pouze ojediněle. Hlavní projevy této nemoci jsou

³³ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyche (Grada), s. 230.

³⁴ Tamtéž.

³⁵ Tamtéž.

³⁶ Tamtéž, s. 231.

hypomanické nálady s planým a nejným vtípkováním, jalové hloubání o problémech a záhadách. Chování pacientů je klackovité až hulvátské, porucha postupem času přechází v deterioraci s oploštěním a ochuzením emocí.³⁷

1.4.6 Katatonní schizofrenie

I tuto poruchu jako první popsal podrobně Ludwig Kahlbaum. Primární pro tuto chorobu jsou poruchy psychomotoriky, kdy pacienti trpí hypokinetickým až akinetickým syndromem, hyperkinetickým syndromem, nebo parakinetickým syndromem. Projevy pacientů jsou bizarní, je u nich nápadná strojenost a manýrování (jednoduché úkony provází složité obřady). Pacienti často užívají grimasy, ceremoniálů, vyskytuje se u nich topornost projevů a někdy si můžeme všimnout zmatené inkoherentní řeči.³⁸

Prognosticky je tato forma schizofrenie nejpříznivější vzhledem k jejímu akutnímu nebo subakutnímu charakteru bez dlouhého vývoje.³⁹

1.4.7 Simplexní schizofrenie

Obecné příznaky a pozvolný progredientní rozvoj symptomů jsou typickými znaky této formy schizofrenie. Nejvýraznější jsou především negativní příznaky a obvykle můžeme u pacientů pozorovat emoční oploštělost, otupělost a hypobulii. Někdy se také označuje jako pozvolné hloupení bez iritačních příznaků. Nemoc začíná okolo patnáctého až dvacátého věku, v některých případech nemoc může propuknout později. Prvotní projevy poukazují na poruchu osobnosti, postižená osoba se špatně učí a obtížně se socializuje. Zanedbává své povinnosti a stává se obtíží pro své okolí. Můžeme se setkat i s kriminální činností.⁴⁰

Diagnostika je velmi obtížná. Porucha má průběh progredientního charakteru, kdy končí jako reziduální schizofrenie, nejčastěji s defektem.⁴¹

³⁷ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 231.

³⁸ Tamtéž.

³⁹ Tamtéž, s. 232.

⁴⁰ Tamtéž, s. 233

⁴¹ Tamtéž.

1.4.8 Deprese

Kritérium pro depresi je, že musí trvat alespoň dva týdny. Takto dlouhou, anebo delší depresivní zkušenost nazýváme jako depresivní epizodu. Aby mohl být člověk být diagnostikován depresemi, nesmí se u něj vyskytnout hypomanická nebo manická epizoda, pak by byla řeč o bipolární poruše.⁴²

Klasifikace MKN-10 dělí depresivní epizody do čtyřech základních tříd: lehká, středně těžká, těžká a těžká s psychotickými příznaky. Tyto třídy se od sebe liší množstvím následujících příznaků:

- Skupina D
 - Depresivní nálada se objevuje většinu dne, a to téměř každodenně.
 - Objevuje se ztráta zájmu anebo potěšení při příjemných aktivitách.
 - Pacient trpí zvýšenou unavitelností a poklesem energie.
- Skupina E
 - Je charakterizována ztrátou sebedůvěry.
 - Bezdůvodné výčitky nebo pocit viny.
 - Opakované myšlenky související se smrtí a sebevraždou.
 - Nerozhodnost, váhavost, snížená schopnost soustředění a myšlení.
 - Snížené psychomotorické tempo.
 - Spánkové poruchy.
 - Snížená chuť k jídlu a s tím i hubnutí.

U nepychotických forem se nesmí objevit stupor, halucinace, ani bludy. U psychomotorických forem se naopak vyskytovat mohou, vždy je přítomen alespoň jeden z uvedeného.⁴³

Lehká forma deprese se vyznačuje dvěma znaky ze skupiny D a jeden nebo více ze skupiny E. Středně těžká forma má alespoň dva znaky ze skupiny D a další z E, přičemž jejich součet se musí rovnat šesti. U těžké nepychotické formy jsou přítomny všechny znaky ze

⁴² DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 240.

⁴³ Tamtéž, s. 241.

skupiny D a dalších pět ze skupiny E, přičemž psychotická forma je doplněna halucinacemi, bludy, anebo stuporem.⁴⁴

V naší populaci se deprese čadí mezi nejčastější psychické poruchy. Srovnání s Anglií a Francií ukázalo, že u nás v republice je deprese až dvakrát častější. Z toho je odvozena také mnohem vyšší sebevraždnost než v západoevropských zemích. Depresi známe už z nejstarších záznamů lidstva. Kuffner ve své klasifikaci uvádí čtyři typy deprese: prostá, delirantní, pasivní, agitovaná.⁴⁵

Začátek depresivní epizody nemusí být tak jasně rozpoznatelný obzvláště kvůli nevýrazným projevům. První znaky jako spánkové poruchy, nesoustředivost, nervozita, opadání zájmu o oblíbené činnosti a nechutenství ještě nedávají najevo závažnou duševní poruchu. Někdy je deprese provázena různým typem somatických obtíží, které se v drtivé většině pojí k trávicímu ústrojí a nemocný je léčen internisty, kteří příčinu obtíží nemohou nalézt, vzhledem k absenci organického základu potíží. Až poté je pacient předán do psychiatrické péče. V některých případech deprese propukne zcela náhle a některé ze symptomů mohou chybět.⁴⁶

Je nutné zmínit, že deprese ve většině případů ustane sama i neléčená. Problémem u deprese se však stává její recidiva, která se s každou prodělanou depresivní epizodou stává čím dál více reálnější. Zatímco po první depresivní epizodě je 50% šance na další, u čtvrté už je to 80 % – 90 %. Prevencí proti opakovaným epizodám je podávání antidepresiv v kombinaci s psychoterapií.⁴⁷

Předcházet recidivě je určitě důležité i ze sociálního hlediska. Negativní symptomy této nemoci totiž mají spíše dopad na sociální fungování pacienta, neboť ten se vyznačuje nedostatkem energie v sociální oblasti, není schopný dokončit již započaté věci. U pacientů převládá velké nechutenství vlastně do jakýchkoliv aktivit, čímž jsou také ohroženy jeho stávající vztahy, včetně toho pracovního. Proto by včasná léčba a intervence od psychoterapeutů mohla těmto pacientům zachránit zaměstnání.⁴⁸

⁴⁴ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 241.

⁴⁵ Tamtéž.

⁴⁶ Tamtéž.

⁴⁷ SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 205.

⁴⁸ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, s. 81.

1.4.9 Úzkostný syndrom a úzkosti

Úzkosti u pacientů mohou mít velice rozdílný charakter. Jejich intenzity se totiž mohou lišit od nejmírnějších úzkostí až po panické ataky, které jsou doprovázeny agresivitou a neklidem. Tento syndrom se často vyskytuje u pacientů s depresemi, pak mluvíme o anxiózně-depresivním syndromu. (z ang. *Anxiety* – úzkost). U úzkosti je typická neurčitost, nemá totiž konkrétní obsah a pacient se bojí neohrazených neurčitých věcí, které mohou nastat. Pokud je úzkost spojena s depresí, může se vyskytnout sebevražedná aktivita, zpravidla pokud je úzkost v útlumu.⁴⁹

Neklid u těchto pacientů je přímo úměrný úzkosti, tedy čím větší úzkost, tím větší neklid. U mírnějších průběhů těchto syndromů se objevuje pouze vnitřní neklid, až v závažnějších formách se projeví i zevně. Pacienti se často cítí nemocní a svou úzkost se snaží lokalizovat do některých tělesných orgánů, nebo částí těla – hodně častá je lokalizace v oblasti nohou a ramenou.⁵⁰

Tento syndrom se nejčastěji vyskytuje buď samostatně, anebo u neurotických poruch, ze kterých můžeme zmínit například fobickou úzkostnou poruchu, bulimii, anorexii a jiné neurotické poruchy. Úzkost je provázena hypochondrií, obsesí, neurastenickými potížemi. Úzkost se může objevit i u halucinací a bludů. Podle výskytu úzkosti se pak buď léčí úzkost samotná, anebo se přizpůsobuje léčba u jiných psychických poruch.⁵¹

⁴⁹ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 152.

⁵⁰ Tamtéž.

⁵¹ Tamtéž.

2 Sociální pomoc státu znevýhodněným osobám

Znevýhodněné osoby se v důsledku svých disabilit mohou dostat také do finančních obtíží. V takovýchto situacích Česká republika jako sociální stát nabízí pomoc v mnoha formách, které jsem se do práce rozhodl zařadit ze zjevných důvodů. Práce by totiž rámcově měla obsahovat možnosti, které znevýhodněná osoba (v tomto případě duševně nemocný) má v překlenutí těžkého období své nemoci.

2.1 Invalidní důchod

Vzhledem k tomu, že duševně nemocní lidé se také mohou dostat do situace, kdy nebudou moci vykonávat dosavadní zaměstnání, se zabezpečením příjmu pomáhá invalidní důchod. Osoba, která jej pobírá, je uznána jako invalidní v prvním až třetím stupni invalidity a splnila potřebnou dobu placení důchodového pojištění.

Invaliditu prvního až třetího stupně určuje lékař ČSSZ a konkrétní stupeň invalidity určuje procentuální pokles pracovní schopnosti, kde se mimo fyzické aspekty nutně musí řadit i duševní možnosti. Pokud je práceschopnost u člověka v poklesu 35 % a výše, můžeme mluvit o invalidovi, i když v některých případech pouze částečném.

- Invalidita 1. stupně – pracovní schopnost poklesla o 35 % – 49 %.
- Invalidita 2. stupně – pracovní schopnost poklesla o 50 % – 69 %.
- Invalidita 3. stupně – pracovní schopnost poklesla o 70 % a více.

Je nutné poznamenat, že u prvních dvou stupňů je takřka žádoucí, aby částečný invalida šel do zaměstnání, vzhledem k výši těchto důchodů, které jsou samostatně pro život nedostatečné. Takovýmto osobám je doporučeno najít si takový úvazek, který pokryje zbývající procentuální schopnost pracovat, tedy poloviční, nebo čtvrtěční úvazek.⁵²

2.2 Příspěvek na péči

Pokud se osoba z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu nedokáže o sebe sama postarat, stává se závislou na pomoci od jiné osoby. Stát se příspěvkem na péči podílí na zajištění nutné pomoci, které mohou být poskytovány v různých formách na základě individuálních potřeb takto znevýhodněného člověka. Tento příspěvek je legislativně obsažen v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁵² VESELÍKOVÁ, Monika. *Invalidní důchod 2020. Kdo má nárok a kolik dostane. Peníze.cz* [online]. © 2000–2020, 30. 1. 2020 [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: <https://www.penize.cz/invalidni-duchod/412367-invalidni-duchod-2020-kdo-ma-narok-a-kolik-dostane?>

Tento příspěvek je věkově omezen a osoby, které nedovršily jeden rok, na něj nedosáhnou. Při posuzování stupně závislosti osoby musíme brát v úvahu tyto základní lidské potřeby:

- Orientace
- Mobilita
- Péče o zdraví
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost (pouze nad 18 let věku)
- Komunikace
- Stravování
- Tělesná hygiena
- Oblékání a obouvání

Na základě posouzení výše uvedeného je pak osoba zařazena do jednoho ze čtyř stupňů závislosti (lehká, středně těžká, těžká, úplná). Od stupně zařazení je posléze odvozena výše příspěvku, která v úplné závislosti může mít výši až 19 200 Kč. O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce ČR.⁵³

2.3 Příspěvek na mobilitu

Osoby, které mají zdravotní postižení, a zároveň se u nich projevilo zhoršení pohyblivosti nebo orientace, mají nárok na příspěvek na mobilitu. Mezi benefity, které tyto osoby dostávají, jsou průkazy ZTP nebo ZTP/P. Opakovaně se za tuto úhradu, v současné době 550 Kč za měsíc, dopravují nebo jsou dopravovány a nejsou jim poskytovány žádné sociální služby pobytového charakteru, nicméně i pro osoby využívající tyto služby může být ze zvláštních důvodů schválena výjimka.⁵⁴

2.4 Příspěvek na bydlení

Pro domácnosti, které platí náklady na bydlení přesahující 30 % celkového čistého příjmu, vzniká nárok na příspěvek na bydlení. Těchto 30 % není vyšší než částka normativních nákladů na bydlení. Tento příspěvek v práci zmiňujeme majoritně proto, že se osoby, které z důvodu duševního onemocnění nedosáhnou na plný invalidní důchod třetího stupně, mohou

⁵³ Příspěvek na péči. Mpsv.cz: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [online]. © Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci?fbclid=IwAR3Hi1LvbwmCH91d1aBRoCBWRnJEMaW6Y0-2lSdW_alMgw7EvP6RgHUOqEY

⁵⁴ Příspěvek na mobilitu. Mpsv.cz: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [online]. © Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-mobilitu?fbclid=IwAR13ZsV840PiS37aLUuqFeGacOXjRdq0QxLagM8J2JQMq82n_RV-3aRNfqQ

potýkat z finančními problémy ohledně bydlení, pokud nesdílí společnou domácnost s rodinou.⁵⁵

⁵⁵ Příspěvek na bydlení. Mpsv.cz: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [online]. © Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-bydleni>

3 Terapie

Člověk, který má psychiatrickou diagnózu, má mnoho možností, jak se s nemocí vypořádat. Naše vyspělá společnost udělala velké pokroky, co se léčby duševních onemocnění týče a tato kapitola pojednává o možných terapeutických způsobech, které může pacient ve své léčbě využít.

Kromě komerčně známých psychiatrických metod jsem se zde rozhodl uvést také tři umělecké terapie, které si své místo vedle obvyklých lékařských terapeutických způsobů léčby v posledních letech vydobýly. Ty se zde ostatně objevují také proto, že konvenční terapie, které se duševními nemocemi zabývají primárně z biologické stránky, se velmi málo věnují sociálním aspektům, přičemž z různých sociálně-terapeutických výzkumů je známo, že kolikrát mohou mít stejně kvalitní výsledky, jako metody medicínské. K těmto alternativním metodám se společnost samozřejmě stále staví skepticky, protože je velice málo hmatatelných důkazů o tom, že tyto alternativní metody poskytují stejnou míru terapie.⁵⁶

3.1 Psychoterapie

Psychoterapii bychom mohli charakterizovat mnoha způsoby. Terapeut se snaží využít schopnosti pacienta v jeho prospěch a děje se tak léčbou tzv. psychologickými prostředky. Psychoterapeut záměrně a cílevědomě působí na klienta, přičemž řeší lidské záležitosti, které se týkají života, jeho smyslu, vztahy atd. Jedinec tak nalézá pomoc při vyrovnávání se s problémy každodenního života, v hledání sebe sama a v seberealizaci.⁵⁷

Existují dva styly psychoterapie, kterými jsou direktivní a nedirektivní. Direktivní psychoterapie s jedincem pracuje přímo, terapeut se definuje jako expert, který se vměšuje do chování, postojů a myšlení klienta. U nedirektivní formy si psychoterapeut od klienta udržuje odstup, snaží se být co nejneutrálnější, a tím je klient nucený ke slovní a emoční produkci. Terapeut se tak stává pouze průvodcem, který klientovi pomáhá orientovat se ve vlastních myšlenkách.⁵⁸

⁵⁶ TEW, Jerry. *Social perspectives in mental health*. 2nd impression. Great Britain: Jessica Kingsley Publishers, 2005, s. 67-68.

⁵⁷ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 345.

⁵⁸ Tamtéž.

Psychoterapie a její prostředky obsahují konkrétní postupy a způsoby práce s klienty. Tyto prostředky bychom mohli rozdělit do tří kategorií: slovo, obraz a akce. Terapie slovem představuje nejčastěji rozhovor, ale může se jednat i o dramaterapii. Terapie obrazem obsahuje techniky vnímání a práce s fantazií, terapie akcí v sobě zahrnuje činnost a nácvik.⁵⁹

Psychoterapeutická teorie je velmi ošemetná, protože každý psychoterapeutický směr má svůj vlastní model fungování lidské psychiky, přičemž každý z těchto modelů disponuje vlastní odlišnou terminologií, vzniku a udržování psychických poruch. Praktikovaná psychoterapie má také mnoho odlišných forem, liší se její délka a intenzita, zvolené prostředky a chování terapeuta.⁶⁰

3.1.1 Psychoterapeutické školy a přístupy

Psychoterapie má mnoho teoretických východisek, na základě, kterých porozumívají podstatám psychických problémů, které mají své vlastní metody ovlivňování. Na základě těchto mnoha přístupů vzniklo mnoho tzv. „škol“ psychoterapie, kde se diferencuje přístup a základy psychoterapie.⁶¹

Dynamická terapie, někdy také označována za psychoanalytickou, má základy v konfliktech a obavách jedince, které jsou nevědomé. Ty také způsobují duševní problémy a k jejich vyřešení je třeba nahlédnout na vliv konfliktních mechanismů, tedy je analyzovat. Zakladatel psychoanalýzy S. Freud by se nestačil divit, neboť nynější psychoanalytika je na úplně jiné úrovni. Nynější psychoanalýza zkoumá hlavně současné interpersonální problémy svých pacientů, přičemž se vyznačuje zvýšenou direktivností.⁶²

Behaviorální terapie má základy v podmiňování a učení. Adaptace je totiž podle těchto směrů něco naučeného, tedy i adaptace samotná se dá přeučit. Tato terapie mění situační chování, které u pacientů nefunguje. Vhlížet do pacientova mozku podle všeho není potřeba, vzhledem k tomu, že pro tuto terapii je hlavním změnit pacientovo chování, nikoliv vnitřek.⁶³

Kognitivně-behaviorální psychoterapie se zabývá také samotným názorem klienta, tedy jeho kognitivními faktory. Pro tuto terapii je důležité, že klient vztahuje různé situace ke svým

⁵⁹ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s . 345.

⁶⁰ Tamtéž, s . 346.

⁶¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 52.

⁶² Tamtéž.

⁶³ Tamtéž.

problémům a ty se následně, vedle behaviorální stránky, snaží měnit také. Terapeut se tak snaží klientovi vysvětlit deformaci jeho úsudku a snaží se u klienta o realističtější přemýšlení. Jako příklad můžeme uvést depresivně orientovaného pacienta, který má zdeformovaný úsudek o pozitivěch v jeho životě, jeho momentální depresivní vztah mu neumožňuje naplno a realisticky vnímat tyto klady, a terapeut se snaží o korekci.⁶⁴

Humanistická psychoterapie respektuje a vsouvá do popředí potřebu osobního rozvoje a seberealizaci. Terapeuti těchto směrů si myslí, že psychické poruchy vznikají na základě faktu, že se jedinec nemůže dostatečně vyvíjet. Obvykle jsou to vnější vlivy a terapie má člověku pomoci identifikovat jeho skutečné potřeby a umožnit mu osobnostní rozvoj. Tento směr je odlišný od ostatních tím, že terapeuti pouze vedou klienty k vyřešení problémů, neboť jsou přesvědčeni, že to klienti zvládnou.⁶⁵

3.2 Psychofarmakoterapie

Součástí léčby psychicky nemocných je psychofarmakoterapie. Psychofarmakem se rozumí každé léčivo, od kterého se očekává změna psychického stavu. Tato definice však není ještě úplně přesná, protože přesně tyto účinky má i alkohol, lysergid a cannabis, které se ve společnosti obecně za léčivo nepovažují. Jejich výrazný vliv na psychiku však nelze vyloučit. Proto budeme hovořit o psychoterapeutických léčivech, které mají za úkol svým účinkem odstranit psychické poruchy.⁶⁶

Při léčbě psychofarmaky se musíme zabývat jejich výběrem, souhlasem pacienta s jejich nasazením a s tím souvisící trpělivostí při začínající léčbě. Některá psychofarmaka totiž pro pacienta mohou být problematická, než nastane jejich požadovaný účinek. Je nutné poznamenat, že společnost se k psychofarmakům staví poněkud rozporuplně, protože jejich postoj k lékům, které formují psychiku člověka, je poněkud skeptický až odmítavý. Na druhou stranu, užívání psychofarmak může u lidí kromě úlevy přinést také jistá rizika a nežádoucí účinky, v některých případech může užívání těchto léků vyeskalovat až k závislosti. (392-393)

Historie psychofarmak je protkána množstvím objevů, které prohlubují znalosti o neurofyziologii, která vede k produkci léků, které mají specifický účinek. Výzkum těchto léčiv má za následek, že se minimalizují jejich vedlejší účinky, odděluje se žádoucí efekt od těch

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 52.

⁶⁵ Tamtéž.

⁶⁶ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 392.

tlumivých a k tomu se ještě výzkum zabývá omezení lékových interakcí a toxicity. Výsledný efekt psychofarmak však i v dnešní době není úplně ideální, protože na každého individuálního pacienta tyto léky působí jinak.⁶⁷

Psychofarmaka jsou doktory indikována podle mechanismu jejich účinku. Tyto léky totiž tvoří skupinu rozdílné chemické struktury, účinků a indikací. Klasifikace psychofarmak není jednotná, ale existují způsoby, jak je roztřídit. Jedním ze způsobů klasifikace je třídít je podle jejich účinku na hlavní parametry psychických funkcí:

- Stav vědomí: hypnotika, psychostimulancia
- Afektivita: antidepresiva, anxiolytika, thymoprofylaktika, dysforika
- Psychické integrace: atnipsychotika, halucinogeny
- Kognitivní a mnestické funkce: neuroprotektiva, kognitiva⁶⁸

Farmakoterapie má velmi dobré výsledky. V první fázi nemoci má úspěšnost až v 60 % případů, s narůstající časovostí nemoci poté tato procenta klesají. Musíme ale zmínit, že psychofarmatická léčba se také skládá z psychoterapeutické stránky, kdy lékař poskytuje psychoterapii vedle psychofarmak.⁶⁹

Optimální doba léčby pro psychofarmatika je určena v rámci klinického posouzení. Pacienti, kteří mají negativní terapeutické tendence, by měli být na těchto lécích pouze po dobu čtyř až šesti týdnů. Ostatní typy pacientů většinou vyžadují léčbu delšího charakteru, nicméně pro netrpělivost pacienta a mnohdy i lékaře je tato doba zkracována.⁷⁰

Léčivo, které vyvolá výrazný nežádoucí účinek, nebo i několik z nich, by mělo být vysazeno. Pokud jsou tyto vedlejší účinky mírnějšího charakteru, lékař má na výběr, jestli s léčbou daným psychofarmakem bude pokračovat, nebo jestli sníží, anebo zcela vyřadí daný léčebný preparát z léčby. Tento preparát může být do jisté míry substituován, v krajním případě lékař ukončí léčbu.⁷¹

Během psychofarmakoterapie je také důležitá frekvence, s jakou se pacient dostavuje na kontroly. V počátcích by se mělo jednat o návštěvy v rozmezí dvou až třech týdnů a možnost rychlých konzultací s využitím dnešních moderních technologií napomáhá uklidnit pacienty.

⁶⁷ DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 393.

⁶⁸ Tamtéž.

⁶⁹ Tamtéž, s. 394.

⁷⁰ Tamtéž.

⁷¹ Tamtéž.

Při dlouhých léčbách se doba kontrol postupně prodlužuje na frekvenci o dvou až třech měsících, přičemž pokud se objeví nějaká komplikace, pacient by se samozřejmě měl objednat dříve. S pacientem by také měl ze strany lékaře být zhotoven krizový scénář.⁷²

3.3 Canisterapie

Canisterapie se u nás jako terapeutický prostředek začal naplno rozvíjet po pádu komunismu. Řadí se mezi alternativní terapeutické metody a mezi nejvýznamnější osobnosti tohoto oboru u nás patří Jiřina Lacinová, která ostatně tento termín v roce 1993 formulovala. Vytvořila také první léčebné metodiky, které v roce 1995 představila v Ženevě na konferenci.⁷³

Pojmem Canisterapie je myšlen léčebný kontakt psa a člověka, tedy jde o terapii, kdy pes pozitivně působí na zdraví člověka. Je to podpůrná forma psychoterapie, která působí zpravidla na psychiku klienta a působení na fyzické zdraví se bere spíše jako sekundární záležitost. Tato forma terapie se provádí buď individuálně, anebo skupinově.⁷⁴

3.4 Umělecké terapie

Umělecké terapie je poměrně mladá, ale skýtá se za ní dávná tradice. Odborníci uvádějí, že umění, jakožto integrální součást našich životů, prakticky každé jeho oblasti, existovalo již od počátku věků. Mělo více funkcí:

- Estetickou
- Léčebnou
- Sociální
- Ekologickou
- Spirituální

Tyto funkce nebyly nikdy zřetelně odlišeny a závěr, že se funkce umění prolínají, je obsažen také v antropologických studiích realizovaných ve společenstvích přírodních národů. Navzdory tak dlouhotrvající tradici se samostatné profese, jejichž účelem je léčba kreativním procesem, objevují až ve druhé polovině 20. století. Vytvoření těchto umělecko-terapeutických profesí se zrodilo v americké a evropské kultuře, jakožto reakce na vývoj společnosti a

⁷² DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), s. 395.

⁷³ Canisterapie: Význam pojmu canisterapie a jeho vývoj. Canisterapie: Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík, z.s [online]. [cit. 2020-07-12]. Dostupné z: <https://www.canisterapie.org/c-33-pojem-a-vyvoj.html?chv=normal>

⁷⁴ Tamtéž.

diferenciaci vědeckých oborů. Názor některých kritiků konstatuje, že pokud by umění nebylo vytrženo z kontextu běžného života a nebýt mu vyhrazena omezená místa v kulturních sálech, koncertních halách, výstavách apod., umělecká terapie, jak ji známe dnes, by zřejmě neexistovala.⁷⁵

Pro uměleckou terapii je důležitou otázkou, které směry lze zahrnout pod tento konkrétní termín. Na tuto otázku nenalezneme jednoznačnou odpověď, mezi směry uměleckých terapií, které jsou v České republice zastoupeny profesními asociacemi a etablojí se, jako samostatné vědní obory, se řadí:

- Arteterapie
- Dramaterapie
- Muzikoterapie
- Tanečně pohybová terapie

Kromě toho je možné setkat se s terapeuty, kteří praktikují biblioterapii, poetoterapii, teatroterapii a psychogymnastiku. Za našimi hranicemi se také k umělecké terapii řadí psychodrama a terapie hrou pískem (z angličtiny sand play therapy). Protože je v rámci této práce nemožné věnovat se naprosto všem těmto směrům, bude pojednávat pouze o těch, které mají v naší zemi zřetelně se rýsující profesní rámeček, což znamená, že jsou také zastoupeny poměrně velkým počtem praktikantů a samostatnými profesními asociacemi.⁷⁶

3.4.1 Arteterapie

Novodobí psychiatři dvacátého století, K. Jaspers a E. Kraepelin, ale také významné osobnosti psychoanalytického hnutí Freud, Jung a Winnicot si všimli potenciálu výtvarného umění. Historické kořeny arteterapie se také vztahují k vývoji projektivního testování Rorschacha, Murraye, Goodenoughové a dalších, stejně tak jako k podnětům v pedagogice a uměleckém vzdělávání.⁷⁷

Arteterapie se zpočátku využívala jako součást dlouhých léčebných programů v psychiatrických léčebnách a denních stacionářích pro osoby, které trpěly psychiatrickými onemocněními. Jméno M. Naumburgové souvisí s arteterapií v rámci rozpoznání samostatného

⁷⁵ KANTOR, Jiří. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, s. 9.

⁷⁶ Tamtéž, s. 8.

⁷⁷ Tamtéž, s. 18-19.

vědního oboru. Všimla si, že ve výtvarné expresi se mohou promítat nevědomé představy. Mezi další důležitá jména řadíme E. Kramerovou, E. Ulmanovou a H. Y. Kwiatkovskou. Přístupy jednotlivých osobností se lišily, přestože všechny vycházely z hlubinné orientace. Například M. Namburgová se stala propagátorkou přístupu „umění v psychoterapii“, zatímco E. Kramerová tvrdila, že už samotný umělecký proces léčí (k tomu rozpracovala Freudovu teorii sublimace). E. Ulmanová vytvořila první arteterapeutický časopis, který vycházel v Americe, dnes s názvem *American Journal of Art Therapy*. H. Y. Kwiatkovska vytvořila metody pro skupinovou a rodinnou arteterapii.⁷⁸

Americká arteterapeutická asociace byla založena roku 1969 a od 70. let se tak arteterapie profiluje jakožto nezávislá profese, která má specializovaný přístup k evaluaci i ke klinické praxi. Z psychiatrických léčeben se tato terapie dále dostává do denních a komunitních center a původní dlouhodobé programy léčení nahrazuje častější nárazová intervence. Vývoj psychodynamicky orientovaných škol, vliv humanistické psychologie, kognitivní a behaviorální přístupy, postmoderně zaměřené terapeutické směry a nové oblasti v rámci arteterapeutické praxe přinesly řadu podnětů pro diversifikace profesního pole tohoto směru.⁷⁹

Ve Velké Británii vznikla asociace arteterapeutů dokonce dříve než v Americe, a to v roce 1964, k čemuž významně přispěl A. Hill. Původní tvorba v ateliérech, která byla zaměřena na klienta, byla typická pro první etapu vývoje v Anglii a byla spojena s humanistickou orientací. Trend k profesionalizaci tohoto směru v osmdesátých letech znamenal odklon od humanismu a ty byly nahrazeny psychoanalytickou a psychodynamickou orientací.⁸⁰

V naší zemi se arteterapie využívala od 50. let, a to konkrétně v léčebných a psychoterapeutických zařízeních ve formě výtvarných ateliérů. Až v 70. letech se arteterapie začíná využívat pro psychoterapeutickou léčbu. V roce 1981 vycházejí speciální skripta Úvod do speciální výtvarné výchovy, které napsal Z. Zicha a v průběhu 80. let rostla popularita arteterapie mezi studenty speciální pedagogiky. J. Slavík uvádí: „*V kontextu speciální pedagogiky našla arteterapie u nás nejen dobré uplatnění, ale také první ustálenější zázemí pro*

⁷⁸ KANTOR, Jiří. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, s. 19.

⁷⁹ Tamtéž.

⁸⁰ Tamtéž.

*specifickou odbornou přípravu ve spolupráci s katedrami výtvarné výchovy.*⁸¹ Tato spolupráce přetrvává i po revoluci a v devadesátých letech se toto pojetí označuje pojmem artefiletika.⁸²

V devadesátých letech se na Jihočeské univerzitě otevírá bakalářské studium arteterapie, o což se velkou měrou zasloužil M. Kyzoura. Tím byly položeny základy rožnovské arteterapeutické školy, kterou dnes reprezentují M. Lhotová, nebo E. Perout. V roce 1994 vznikla Česká Arteterapeutická Asociace (ČAA) a vzdělávání v arteterapii začínají poskytovat i další subjekty, např. občanské sdružení Kreatos, ateliér Extraart, nebo kurzy M. Huptycha, H. Strnadové a mnohých dalších lektorů. Další rozvoj arteterapie přinesl stejnojmenný časopis vydávaný ČAA, který obohacoval profesi o nové poznatky. Profesi arteterapie u nás provozuje řada osobností, které čtenář může poznat v publikaci „Hovory arte“.⁸³

V zahraničí arteterapii definují jako „profese z oblasti duševního zdraví, která využívá kreativní proces umělecké tvorby pro zlepšení a podporu tělesné, mentální a emocionální pohody jedinců každého věku. Je založena na víře, že kreativní proces, který je součástí uměleckého sebevyjádření, pomáhá lidem řešit konflikty a problémy, rozvíjet interpersonální dovednosti, řídit chování, snižovat stres, zvyšovat sebevědomí a sebeuvědomování a dosáhnout vhléd“ (American art Therapy Association 2016).⁸⁴

Současná definice arteterapie podle ČAA zní: „*Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Jde o tvořivou činnost s výtvarným materiálem. Je možné také rozlišovat arteterapii – léčbu, od artefiletiky (vzdělávání a výchova pomocí léčebných prvků*“.⁸⁵ Tato definice je obecná a stručná. Ze specifitějších oborů pouze vymezuje rozdíl mezi arteterapií a artefiletikou, nicméně je problém vymezit širší praxe, která nesmí být příliš omezující pro další vývoj arteterapie, nicméně zase nesmí být ani příliš široká, protože pak by teoretická struktura mohla být příliš nejasná a identita oboru by tím mohla být ohrožena.⁸⁵

Proto ČAA dále uvádí široký popis arteterapeutické terapie. Její začátek zní: „*Arteterapie je obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování*

⁸¹ *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí.* Přeložil Jan SLAVÍK. Praha: Univerzita Karlova, 2000, s. 8.

⁸² KANTOR, Jiří. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, s. 19-20.

⁸³ Tamtéž, s. 20.

⁸⁴ Tamtéž.

⁸⁵ Tamtéž, s. 20-21.

*lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konflikt v mezilidských vztazích. Výtvarné tvořivé aktivity mají podporovat zdraví a podpořit léčení. Ve všech těchto rovinách je arteterapie postupem léčebným.*⁸⁶

Toto vymezení rozlišuje dva druhy: terapii uměním (art as a therapy) a artpsychoterapii. Rozdělení tohoto charakteru je v zahraničí označováno jako kontinuum praxe a paralelně se rovná vývoji arteterapie v Americe za posledních čtyřicet let. Je to reakce na neustále se rozšiřující působnost arteterapie a velkou paletu způsobů aplikace výtvarných prostředků ve výtvarném procesu. Současná definice arteterapie spíše spojuje tento obor s přidruženými zdravotními profesemi, které propojují mysl a tělo, tedy nejčastěji psychosomatickou medicínu.⁸⁷

Vymezit hlavní přístupy a profesní šíři arteterapie je velice obtížné, nelze tak učinit v rámci několika základních bodů. Kvalifikace arteterapeuta, která by odpovídala profesním standardům ČAA, lze získat několika způsoby:

- Vysokoškolské vzdělání v oboru – tituly Mgr., Bc., a PhDr.
- Dokončený psychoterapeutický výcvik, který je akreditovaný Českou lékařskou společností anebo Evropskou asociací arteterapie.
- Bakalářský stupeň „arteterapeut“ na pedagogické fakultě Jihočeské univerzity.
- Absolvování výcviku SUR speciálně zaměřeného na arteterapii.
- Praxe 5 let v pomáhajících profesích, z toho dva roky přímá arteterapeutická praxe s klienty (500 hodin).
- Supervize – práce pod supervizí 60 hodin, dalších dvacet skupinové a individuální arteterapeutické supervize.
- Kontinuální vzdělávání dle bodů přidělených jednotlivým akcím (ČAA)

Vykonávání arteterapeutické praxe v resortu zdravotnictví navíc zahrnuje ještě nutnost dalšího jednoletého kurzu pro nezdravotníky. Jako jediný z uměleckých směrů terapií nemá asociaci zastoupenou na úrovni EU.⁸⁸

⁸⁶ KANTOR, Jiří. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, s. 21.

⁸⁷ Tamtéž.

⁸⁸ Tamtéž, s. 22-23.

3.4.2 Dramaterapie

Počátky novodobé dramaterapie jsou spojovány se vznikem psychodramatu na začátku 20. století. Za zakladatele dramaterapie se považuje J. Moreno, a to z toho důvodu, že celá první vlna dramaterapeutů ze spojených států vycházela z jeho poznatků při jejich dramaterapeutické praxi. Dramaterapie vznikla v USA v šedesátých letech 20. století a mezi významné osobnosti se řadí:

- psychiatrička a psychoanalytička E. Irwinová, která založila Sesame institut v Londýně. Tento institut nabízel dramaterapické výcviky jako jeden z prvních subjektů vůbec.
- M. Lindkvistová jakožto zakladatelka asociace dramaterapie ve Velké Británii
- Mezinárodní autorka S. Jenningsová
- R. Courtney, který velmi významně dramaterapii nasměroval k psychologii a psychoterapii
- G. Schattnerová, která konsolidovala americké dramaterapeuty a založila Národní asociaci dramaterapie v roce 1979. S Courtneym také vydala dramaterapeutickou literaturu, která významně ovlivnila dramaterapeutiky v USA.

Česká dramaterapie je spojena se jménem M. Reisman. Tento dramaterapeut působil v pražském sanatoriu Fokus a terapii prováděl na klientech s psychotickou zkušeností. O další rozvoj dramaterapie u nás se zasloužila B. Kolínová, která je zakladatelkou dramaterapeutické asociace, nebo také M. Valenta, který se zasloužil o organizaci studia speciální pedagogiky za užití dramaterapie na Univerzitě Palackého v Olomouci.⁸⁹

Roku 2008 vznikla Asociace dramaterapeutů České republiky (ADCR), jejíž členy byli první absolventi dlouhodobého výcviku dramaterapie, který zaštiťoval ateliér Extraart. Reprezentovali ji K. Laudová, V. Dočkal, J. Veselý, Š. Smolík, V. Svobodová a další. Vedle dramaterapie se simultánně rozvíjel spřízněný obor nazývaný teatroterapie a dramatická výchova.

Definice dramaterapie je samozřejmě několik. Autor pro potřeby práce uvádí britskou a českou variantu, obojí podle oficiálních asociací.⁹⁰

⁸⁹ KANTOR, Jiří. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, s. 23-24.

⁹⁰ Tamtéž, s. 25.

Britská asociace dramaterapeutů: „Hlavním zaměřením dramaterapie je záměrné použití léčebných aspektů dramatu a divadla jako terapeutických procesů. Jedná se o metodu práce a hry, která využívá akční metody k facilitaci kreativity, imaginace, učení, vhledu a růstu.“⁹¹

Definice dle ADCR: „Dramaterapii lze definovat jako psychoterapeutický přístup využívající divadelních prostředků pro nalezení příznivé rovnováhy v oblasti duševní a tělesné nebo ve vztazích či se záměrem osobního rozvoje. Těžištěm dramaterapie je proces spojený s prožitky tvorby založené na metafoře, fantazii, projekci, interakcích a skupinové dynamice, prostřednictvím něhož dochází k propojení rovin emocionální, racionální, smyslové a somatické.“⁹²

Členění dramaterapeutických přístupů je velmi ošemetné, neboť každý autor, který o dramaterapii publikuje, je specifikuje vždy trochu jinak.⁹³

P. Jones definoval a klasifikoval dramaterapii v devíti základních procesech, někdy také nazývaných jako terapeutické faktory, v dramaterapii:

- Dramatická projekce – technika umožňující klientovi vtisknout emoce a pocity do dramatu samotného, čímž je mu poskytnut prostor pro dramatickou exploraci a následný dialog.
- Terapeutický performační proces – divadelní představení je užito jako terapeutický prostředek, který je zaměřen na specifická témata a problémy.
- Dramaterapeutická empatie a distancování – Empatie výrazně ovlivňuje emoce, konkrétně emoční identifikaci, rezonanci a emocionální účast. Distancování naopak umožní poodstoupit od osobních problémů nebo konfliktů a nabídnout je z jiného úhlu.
- Personifikace a ztělesnění – V těchto dvou formách klient užije svůj osobní materiál ve formě role nebo objektu.
- Interaktivní obecenstvo a svědectví – klient, nebo celá skupina jsou v roli obecenstva, nebo svědků.
- Embodiment – při tomto způsobu tělesného vyjadřování se klient setkává s osobním materiálem.

⁹¹ KANTOR, Jiří. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, s. 25.

⁹² Tamtéž.

⁹³ Tamtéž, s. 26.

- Hraní – prostor hravosti v terapeutickém setkání, je vymezen hrací prostor a vývojový model hry, které jsou podstatné pro terapeutickou změnu.
- Proces spojení dramatu s reálným životem, při němž klient vidí své osobní problémy a konflikty v dramatické projekci.
- Transformace – nutný prvek dramaterapie, který se objevuje v dramatické struktuře ve formě hraní rolí, rekvizit a obecnstva.⁹⁴

3.4.3 Muzikoterapie

Novodobý vývoj tohoto terapeutického směru se datuje do období po druhé světové válce. Profesionální hudebníci v Americe realizovali v nemocnicích řadu programů pro válečné veterány, kdy bylo zjištěno překvapivě hodně kladných závěrů, co se týče terapie pomocí hudby. Společnost tedy podpořila vznik prvních vzdělávacích programů v Americe a roku 1950 už vznikla muzikoterapeutická asociace, která se dnes nazývá American Music Therapy Association. Muzikoterapie jakožto obor pokračovala v hodně silné tradici, která pramenila z léčebného potenciálu hudby, přičemž vedle toho se rozjel muzikoterapeutický výzkum. Od roku 1964 byl publikován čtvrtletník s názvem The Journal of Music Therapy, který byl důležitým prostředkem v odborném růstu tohoto oboru.⁹⁵

Evropa terapeutické možnosti hudby poznávala primárně prostřednictvím role hudby, která byla doplňkem ve verbální psychoterapii. Muzikoterapie u nás má velké množství osobností a o vznik muzikoterapijní profese u nás se velkou měrou zasloužila J Schánilcová-Vodňanská a další významní muzikoterapeuti, kteří byli u vzniku CZMTA – Muzikoterapeutické asociace České republiky. Ta samozřejmě vymezuje muzikoterapii:

„Muzikoterapie je obor s primárně terapeutickým dopadem. Zároveň je muzikoterapie léčebným a podpůrným postupem, v němž kvalifikovaný muzikoterapeut prostřednictvím pomáhajícího vztahu, hudby a hudebních elementů provází klienta nebo skupinu v terapeutickém procesu. Cílem tohoto procesu je relevantním způsobem rozvinout potenciál a obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální a/nebo interpersonální integrace, s cílem naplnění tělesných, psychických, emocionálních a sociálních potřeb.“⁹⁶

⁹⁴ KANTOR, Jiří. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, s. 27-28.

⁹⁵ Tamtéž, s. 28.

⁹⁶ Tamtéž, s. 29.

4 Trh práce a diskriminace

Trh práce je neodmyslitelně složen ze dvou subjektů, které spolu tvoří vztah. První subjekt, v tomto případě osoba, která nabízí svou práci, a druhý subjekt, který o takovou nabídku jeví zájem a je ochoten nabízenou komoditu, tedy práci, od prvního subjektu koupit. Nabízející se snaží prodat svou práci, za pro zaměstnavatele přijatelnou cenu, tedy tu nejvyšší možnou. Kupující má zase zájem nakoupit pracovní sílu co nejlevněji a zároveň v požadované kvalitě. Výsledkem je buď pracovní vztah mezi dvěma subjekty, nebo jeho odmítnutí.⁹⁷

Působit na trhu práce ovšem není až tak snadné, protože vedle ekonomického hlediska musíme zohlednit také to sociální. Vyžaduje mnohem detailnější a propracovanější analýzy, než je prodávání bytů, či spotřebičů a s tím také souvisí i markantně širší souhrn podmínek, při kterých je práce kupována a nabízena. Je ovlivněna obecně platnými regulacemi, které jsou kodifikované a vedle toho ještě musíme počítat i se spontánními nepsanými podmínkami, které se utvářely v důsledku společenského vývoje. To vymezuje pravidla pro zaměstnance i zaměstnavatele a současně omezují možnosti volné soutěže.⁹⁸

Trh práce je možno vymezit jako společenský subsystém. Můžeme provádět jeho analýzu mnoha prostředky, přičemž jednotlivé analýzy mohou být odlišné. Rozdíly v nich způsobují prolínání prvků jiné úrovně systému, nebo více subsystémů na téže úrovni. Trh práce v sobě totiž má prvky ekonomické, právní, sociální a kulturní. Každý z těchto prvků disponuje vlastní dynamikou a jejich role jsou přirozeně odlišné (i ve společenském vývoji). Musíme si tedy uvědomit historické souvislosti a slepě nestavět jeden systém nad druhý. Zkoumání trhu práce je ve své podstatě interdisciplinární záležitostí a volba přístupu v analýze záleží na tom, jaké souvislosti (demografické, ekonomické, sociální, kulturní aj.) má zkoumat. Velice důležité postavení má ekonomický přístup, protože trh práce musíme hlavně brát jako trh, tedy ekonomickou záležitost. Bez základních ekonomických znalostí není možné zjistit další aspekty, například ty sociální. I když je hlavním cílem sociologické hledisko, musíme se věnovat i ekonomickým souvislostem.⁹⁹

⁹⁷ KUCHARŤ, Pavel. *Trh práce: sociologická analýza*. V Praze: Karolinum, 2007. s. 11.

⁹⁸ Tamtéž.

⁹⁹ Tamtéž, s. 11-12.

4.1 Komponenty trhu práce

Analyzovat tržní vztahy v pracovní sféře z ekonomického pohledu sice není jednoduché, nicméně takovou analýzu lze nalézt v každé učebnice makroekonomie. Obsahuje čtyři základní komponenty trhu práce:

- Nabídka práce
- Poptávka po práci
- Rovnováha na trhu práce
- Konstituování reálné a nominální mzdové sazby¹⁰⁰

Je faktem, že všechny výše zmíněné komponenty nutně musí mít i sociální dimenzi, a tak mohou být objektem sociologických výzkumů.¹⁰¹

Základní jednotka reprezentující stranu nabídky je domácnost, konkrétně členové, kteří v ní žijí. V domácnosti se realizuje spotřeba a probíhá zde základní volba vstupu na trh práce, a pokud člen domácnosti na trh práce vstoupí, musí vědět, za jakých podmínek. Jde o to, jestli subjekt v domácnosti bude preferovat spotřebu, čímž je myšlen objem peněžních příjmů, a tím subjekt nabídne větší objem své práce, nebo jestli upřednostní jiné faktory (volný čas, péče o rodinu apod.) Tyto preference charakterizují dva póly v jednom kontinuu, přičemž samotné rozhodování vyústí téměř pokaždé jejich průnikem. Úroveň tohoto rozhodování je stejně relativní jako stanovení si preferencí potřeb pro uspokojení vedle dostatečné úrovně příjmů.¹⁰²

4.2 Význam práce pro člověka s postižením

Freud považuje práci za nejsilnější pouto člověka s okolní realitou, jelikož se jedinec může naplno vžít do lidské společnosti. Práce velice přispívá k osobnostnímu vývoji jak zdravého, tak postiženého člověka. To, jestli si jedinec najde zaměstnání, tak určuje, jestli bude plně integrován do společnosti, přičemž mít práci podporuje cestu k sebeurčení, uznání a kvalitnímu životu.¹⁰³

Kvalita života je ostatně pojem, který je nedefinovatelný, alespoň tedy ne jednoznačně, protože na ni lze pohlížet z mnoha stran, týká se však všech lidských oblastí. Význam práce pro

¹⁰⁰ KUCHAR, Pavel. *Trh práce: sociologická analýza*. V Praze: Karolinum, 2007, s. 12-13.

¹⁰¹ Tamtéž, s. 13.

¹⁰² Tamtéž.

¹⁰³ PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009, s. 40.

člověka se stal předmětem mnoha výzkumů, přičemž tyto výzkumy se hlavně (krom finanční stránky) zabývaly psychickými benefity.¹⁰⁴

- Zajištění existence – drtivá většina lidí bere práci jako obživu, tedy zajištění dostatečného množství finančních prostředků.
- Nezávislost – práce je prostředkem k osobní a finanční svobodě, protože ten, kdo je schopný se o sebe postarat, se cítí méně závislý na ostatních.
- Rozšíření duševního horizontu – člověk, který se v práci naučí jisté myšlenkové pochody, může tyto pochody následně přenášet i do jiných životních oblastí
- Strukturovaný všední den – práce nutí jedince strukturovat den, vzhledem k tomu, že má svou časovou a prostorovou náročnost. Díky tomuto tak osoba více vnímá pracovní dobu, volný čas, víkendy a dovolenou. Takto strukturovaný den je spjat pouze s prací a při její ztrátě se pak naučené návyky mohou zase vytratit.
- Účast na společenském životě – v práci je možnost navázat sociální kontakty mimo rodinnou sféru. Jedinec se tak naučí, jak se v určitých situacích chovat k ostatním lidem, přičemž je začleněn do pracovního kolektivu, což mu dává pocit užitečného člena společnosti.
- Rozvoj – dalším z významů práce je neoddiskutovatelně rozvoj, protože osoba v zaměstnání musí komunikovat s okolím a čelit mnoha konfrontacím. Díky stálému pracovnímu vytížení si člověk navíc nemusí pouze vědomosti udržet, ale naplno rozšiřovat své obzory a kompetence. Jistý rozvoj tak velice napomáhá vývoji osobnosti, protože překonávání překážek zvyšuje sebevědomí.
- Vývoj k větší odpovědnosti – Plnit jistý pracovní úkol s sebou nese i převzetí odpovědnosti za něj. Počátek pracovního života tak symbolizuje přechod z dětství do dospělosti, protože v práci přebíráme nejen odpovědnost za dané úkoly, ale také za sebe samé.¹⁰⁵

4.3 Problematika osob se zdravotním postižením na trhu práce

Skupinou, která má výrazné problémy s nalezením pracovního uplatnění, jsou lidé, kteří mají zdravotní postižení. Musíme zdůraznit, že tato skupina je z hlediska charakteru postižení velice heterogenní, protože druhů zdravotního postižení je velice mnoho. K tomu musíme

^{104 104} PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009, s. 40.

¹⁰⁵ Tamtéž, s. 41.

zmínit, že přechod k tržní ekonomice značně zhoršil možnosti této skupiny uplatnit se na trhu práce.¹⁰⁶

Druhá stránka věci je ta, že se výrazně změnilo vnímání této skupiny. Dřívější praxe spočívala v medicínských souvislostech s finálním úkolem vrátit zdravotně postižené do majoritní společnosti, ovšem stát tyto osoby umisťoval do různých chráněných institucí, čímž ji v podstatě „uzavřel“. Kontakt většinové části populace a této skupiny byl tedy minimální, čímž tato skupina vlastně vymizela z reálného života. Nynější cíl je tuto skupinu i přes překážky, které se objevují, znovu začlenit takto znevýhodněné do společnosti a využít jejich pracovní a sociální potenciál.¹⁰⁷

Duševně nemocní lidé, kteří trpí nemocemi s omezenou dobou trvání, jsou na tom většinou lépe než pacienti s trvalými psychickými změnami. Pro většinu pacientů je nejproblematictější zápasení s dlouhodobou poruchou kognitivních funkcí, emocí a pozornosti. Tyto osoby mají problémy také v oblastech sebeprožívání a vztahování se k lidem, což může mít za následek částečnou nebo úplnou ztrátu schopnosti pracovat. Je velmi těžké určit na jak dlouho, k této otázce se totiž vztahuje řada faktorů.¹⁰⁸

Plná invalidita může duševně nemocné lidi značně stigmatizovat, takže se jí snaží všemi způsoby bránit bez ohledu na jejich momentální možnosti. Pro jiné invalidita může být jistotou v jinak velice nestabilním životě. Mnozí pacienti se stávají dlouhodobě závislí na sociálním systému a změna je pro ně jen obtížně dosažitelná. Někteří se dokonce naučí zneužívat sociální systém takovým způsobem, že toto zdánlivě přizpůsobivé chování člověka v sociálním systému sváže.¹⁰⁹

Léčba pro psychicky nemocného člověka může být velice náročná. Po cyklicky špatných obdobích zhoršení nebo regresí se objeví zlepšení a stabilita, jenže u osob, které jsou zařazeny do rehabilitačních programů, může s jejich dalšími pracovními pokusy značně zamávat další z dočasných zhoršení psychiky. Pacienti tak potřebují individualizovaný

¹⁰⁶ KUCHAR, Pavel. *Trh práce: sociologická analýza*. V Praze: Karolinum, 2007, s. 155.

¹⁰⁷ Tamtéž.

¹⁰⁸ HUBÁLEK, Michal, Martina ŠTĚPÁNKOVÁ a Ladislav ZAMBOJ. *Trh práce a diskriminace*. Praha: Poradna pro občanství, občanská a lidská práva, 2008, s. 23.

¹⁰⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 148-149.

a flexibilní přístup, který bude posuzovat funkční dopad jejich zdravotního postižení, respektující jejich jednotlivá období.¹¹⁰

Pacienti jsou častokrát konfrontováni s realitou života, ve které se na nich neberou ohledy. Návrat k nesplnitelným očekáváním a konstrukce nereálných plánů, které si duševně nemocná osoba vytvoří, je pak nadále mohou stigmatizovat.¹¹¹

Překážky pracovní integrace, které se týkají duševně nemocných osob, se dělí na vnější a vnitřní. Těmi vnějšími jsou myšlena firemní pravidla, neodpovídající pracovní podmínky, špatná integrační politika pro znevýhodněné, a hlavně nezaměstnanost sama. Vnitřní rovina zahrnuje celkovou kvalifikaci nemocné osoby, její sociální fungování a pracovní dovednosti. Do této kategorie ještě můžeme zařadit sebepožívání a sebedůvěru.¹¹²

Práce pro většinu duševně nemocných lidí znamená ochranu před sociální izolací. Pracovní rehabilitace má připravit na návrat do zaměstnání za udržení nebo případného rozšíření pracovních kompetencí. Spojuje individuálně cílené postupy s environmentálními strategiemi. V rámci sociální práce je klientovi poskytnuto rehabilitační vyšetření, které diagnostikuje typ a rozsah překážek a zároveň navrhuje typy programů, které pro klienta budou prospěšné. Do této rehabilitace se nutně musí zapojit i pracovní terapeut a další osoby, které umožní klientovi plynulý návrat na pracovní trh.¹¹³

Pracovní rehabilitace může probíhat v různých typech zařízení. Pro dobrovolnou práci mohou klienti využít denních center a klubových zařízení. Duševně nemocní zde zajišťují provoz center a klubů, kde se kromě každodenního programu mohou realizovat v kavárnách, jídelnách a prádelnách.¹¹⁴

Jako další jistě musíme uvést sociálně terapeutické dílny, které vedou sociální terapeutů. Klienti za práci dostávají menší odměnu a snaží se znovu osvojit si pracovní návyky, jako jsou pravidelnost docházky, schopnost pracovat při zátěži, odpovědnost, udržet soustředění po určitou dobu a další kognitivní funkce, které jsou pro zaměstnání nezbytné. To vše za interakce ve skupinách.¹¹⁵

¹¹⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 149.

¹¹¹ Tamtéž.

¹¹² Tamtéž.

¹¹³ Tamtéž.

¹¹⁴ Tamtéž, s. 150.

¹¹⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 150.

U každé rehabilitace by mělo být stěžejní stanovení si dosažitelných cílů a dobrou metodou pro jejich stanovování je SMART. Ta nejenom že stanoví hlavní a dílčí cíle celé rehabilitace, ale také následně hodnotí celkový přínos rehabilitace klientovi. Termín SMART se skládá z prvních písmen anglických přídavných jmen, které specifikují, jaké cíle by se v této metodě měly stanovit – specifické, měřitelné, atraktivní (dosažitelné), relevantní a termínované.¹¹⁶

Jako další forma krátkodobé rehabilitace je přechodné zaměstnávání, které se odehrává v přirozeném prostředí za přítomnosti asistenta, na něž jsou kladeny velké nároky, co se profesionality týče. Klientovi je pomocníkem a zároveň náhradníkem v jeho práci.¹¹⁷

Obecně tedy můžeme tvrdit, že situace zdravotně znevýhodněných osob na trhu práce je závislá jak na vnitřních, tak na vnějších dispozicích. Vyšší šance na dnešním trhu práce budou mít určitě jedinci, kteří se nějakým způsobem systematicky vzdělávají, anebo rehabilitují. Také na ně musí být působen správný tlak ze strany rodiny a prostředí obecně, aby byli ochotni na trh práce i za ztížených podmínek vstoupit.¹¹⁸

Zdravotně znevýhodnění mají také oporu v zákonech, které byly vytvořeny pro jejich ochranu. Zdravotně postiženou osobou se myslí taková fyzická osoba, která je uznána invalidní ve druhém nebo třetím stupni. Takováto osoba si zachovala svou pracovní schopnost, ale z důvodu svého zdravotního postižení je dlouhodobě omezena v získání kvalifikace, nebo v používání kvalifikace už získané. Tento dlouhodobě nepříznivých stav musí trvat minimálně dvanáct měsíců a podstatně ovlivňuje fyzické, duševní a smyslové možnosti těchto osob, z čehož přímo vyplývá i ovlivnění uplatnění na trhu práce.

Osoba se zdravotním postižením dokládá tuto skutečnost posudkem, popřípadě potvrzením orgánu sociálního zabezpečení. Osoba se zdravotním postižením je tímto termínem označována i v případě, že orgán sociálního zabezpečení posoudí, že nejsou invalidní. V takovémto případě tento stav trvá ještě rok ode dne posouzení.

Osoby se zdravotním postižením eviduje krajská pobočka Úřadu práce. V evidenci lze nalézt identifikační údaje a omezení pracovního uplatnění, které osoba se zdravotním

¹¹⁶ PLESNÍK, Vladimír. *Osvědčené metody a techniky z oblasti začleňování zdravotně postižených osob na trh práce*. Krnov: Reintegra, 2011, s. 33.

¹¹⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 150.

¹¹⁸ HORÁK, Pavel. *Role lokálních projektů v české politice zaměstnanosti: evaluační studie projektu zaměřeného na zvýšení zaměstnatelnosti zdravotně postižených osob a osob starších padesáti let*. Brno: Masarykova univerzita, 2014, s. 49.

postižením má. V evidenci se také nachází právní podklady, na základě, kterých je osoba shledána zdravotně postiženou. Jako poslední položku zde najdeme údaje o možné pracovní rehabilitaci. Tyto údaje jsou určeny výhradně pro začlenění těchto osob na trh práce, popřípadě pro statistické účely.

Osobám se zdravotním postižením by měla být poskytnuta pracovní rehabilitace v případě, že o to samy stojí. Úřad práce ve spolupráci s rehabilitačními centry nabízí osobě souvislé činnosti zaměřené na získání a udržení si zaměstnání, přičemž náklady na tuto rehabilitaci jsou hrazeny úřadem samotným. V rámci pracovní rehabilitace je klientovi poskytována poradenská činnost, teoretická a praktická příprava a zprostředkování vhodných podmínek pro nové zaměstnání.

V rámci pracovní rehabilitace se mohou osoby se zdravotním postižením přihlásit do specializovaných rekvalifikačních kurzů. Při této rekvalifikaci, pokud klient nepobírá žádnou jinou finanční podporu, je klientovi poskytována finanční podpora, a to i v případě, že není v evidenci uchazečů o zaměstnání.

Zaměstnavatel může pro osobu se zdravotním postižením zřídit pracovní místo a děje se tak po uzavření dohody s Úřadem práce. Úřad práce na takovéto pracovní místo finančně přispívá a takovéto místo musí ze zákona být obsazeno po dobu 3 roků. Toto pracovní místo může zaměstnavatel zřídit, pouze pokud řádně řídí své podnikání a nemá vůči státu a jejich orgánům žádné pohledávky.

Kromě zřízení tohoto pracovního místa existují ještě další možnosti, jak osoby se zdravotním postižením podporovat. Úřad práce například poskytuje příspěvek na úhradu provozních nákladů, které byly vynaloženy v souvislosti s faktem, že se zaměstnavatel rozhodl zaměstnat osobu se zdravotním postižením. I u tohoto příspěvku je důležité, aby byl zaměstnavatel bezchybný, co se týká platebních povinností státu a příslušným orgánům.

Kromě těchto možností jsou osoby se zdravotním postižením také chráněné zákonem v tom smyslu, že každý zaměstnavatel, který má více než dvacet pět zaměstnanců, musí zaměstnávat osoby se zdravotním postižením v minimální výši čtyř procent. Zaměstnavatel tento poměr musí splnit, anebo pokud osoby se zdravotním postižením z nějakého důvodu nezaměstnává, může také odebírat výrobky, anebo zadávat zakázky od subjektů na chráněném trhu práce.¹¹⁹

¹¹⁹ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 67 - § 84.

4.4 Diskriminace

Odchylka od normálu, který určuje naše společnost, je velice ožehavým tématem. V posledních letech se téma diskriminace stalo velice diskutovaným tématem a bylo by bláhové se domnívat, že skupina duševně nemocných není v některých případech diskriminována. K tomu, abychom však mohli o diskriminaci hovořit, je potřeba jí v této kapitole dát rámec a vysvětlit tento pojem se všemi náležitostmi, které k němu patří.

4.4.1 Antidiskriminační zákon

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon) je stěžejním dokumentem, který v našem právu zcela zakazuje diskriminaci a zároveň vymezuje prostředky pro ochranu, po kterých může diskriminovaná osoba sáhnout. Současnou podobu tohoto zákona provázely dlouhé diskuze, které vedly k přijetí tzv. „minimální varianty“. Tím se rozumí splnění minimálních požadavků ze strany Evropské unie. Tento zákon nabyl účinnosti od 1. září 2009.¹²⁰

Tento zákon obsahuje seznam základních druhů diskriminace, vymezuje oblasti práva, ve kterých se diskriminovat zakazuje, a společně s tím důvody, na základě, kterých není diskriminace povolena. Zákon stanovil možnosti ochrany při diskriminačním jednání – vznikl institut žaloby na ochranu před diskriminací. Oběti diskriminace se mohou obracet na úřady pro rovné zacházení, které v zemích EU vznikly pro potřeby ochrany obětí diskriminačního jednání. V České republice tato funkce byla udělena veřejnému ochránci práv, také známému jako ombudsmanovi. Ten by se měl zasazovat o prosazování práva na rovné zacházení bez ohledu na rasu, etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru, nebo světový názor. Ombudsman tedy poskytuje metodickou pomoc těm, kteří byli diskriminováni při podávání návrhu pro zahájení řízení z důvodu diskriminace a také provádí výzkum. Aktivně také zveřejňuje dokumentaci a doporučení k otázkám, které s diskriminací souvisí a zajišťuje výměnu informací o diskriminaci s příslušnými evropskými orgány.¹²¹

¹²⁰ ČERMÁK, Michal. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012, s. 19.

¹²¹ ČERMÁK, Michal. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012, s. 20.

4.4.2 Jak poznat diskriminaci osoby?

Diskriminací je zpravidla označována situace, v níž jde cítit nespravedlivé, že se s jednou osobou zacházelo méně příznivě oproti jiné osobě, anebo osobám ostatním. Rozdílné zacházení s jedinci však zpravidla ihned nemusí diskriminaci znamenat. I přesto může laik nastalou situaci alespoň zhodnotit, jestli k diskriminačnímu jednání doopravdy došlo, ať už z pozice diskriminovaného nebo přihlížejícího.¹²²

Proto, abychom mohli určit, že osoba je skutečně diskriminována, musíme si položit naprosto stěžejní otázku: „Jednalo by se v této situaci s osobou bez zdravotního znevýhodnění stejně jako na tuto otázku „se mnou?“ Jestliže je odpověď nejednoznačná, pak vzniká podezření pro diskriminační jednání. Situace by pak měla být podrobena rozsáhlejší analýze, která probíhá pomocí tzv. pětistupňového testu diskriminace, který se, jak už název napovídá, skládá z pěti bodů:

- S jednou fyzickou osobou je zacházeno, nebo si lze představit, že by se zacházelo méně výhodně než s někým jiným ve srovnatelné situaci.
- Méně výhodné zacházení tak nastává z důvodu, který antidiskriminační zákon přímo zakazuje.
- Méně výhodné zacházení se odehrává v takové situaci, které vymezuje právo (zpravidla antidiskriminační zákon)
- Je možné si představit, že osobě vznikla újma na důstojnosti (může mít různou intenzitu, hodnocení důstojnosti je subjektivní pojem)
- Rozdílné jednání nesleduje legitimní cíl. Pokud však ano, musí to být v rámci přiměřených prostředků.¹²³

Aby se diskriminace mohla vůbec uskutečnit, musí bezpodmínečně dojít k naplnění všech pěti stanovisek, která jsou uvedena výše. Při analýze situace se vždy postupuje od prvního až k pátému bodu. Situace, která je neslučitelná, byť jen s jedním z pěti těchto konstatování, se nedá z hlediska práva považovat za diskriminační, a proto v analýze situace už ani nemusíme pokračovat. Situace i nadále může být protiprávní, pouze se nedá nazývat diskriminací.

¹²² Tamtéž, s. 24.

¹²³ Tamtéž, s. 24-25.

Z tohoto důvodu není možné použít takové prostředky ochrany, kterým antidiskriminační právo disponuje.¹²⁴

Diskriminace není specifikována pouze v zákoně č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), ale je obsažena také v zákoně o zaměstnanosti 435/2004 Sb. a zákoníku práce 262/2006 Sb.

¹²⁴ ČERMÁK, Michal. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012, s. 25.

5 Praktická část

V praktické části se bude autor zabývat strukturovanými rozhovory, a to nejen ze strany duševně nemocných. Musíme vzít v potaz, že zaměstnávání duševně nemocných je potřeba zkoumat z vícero pohledů, a tak pro praktickou část byly vytvořeny tři typy rozhovorů, které budou rozebrány: pro pacienty, pro zaměstnavatele a pro doktory. Problematiku zaměstnávání osob s duševním onemocněním je potřeba uchopit i z hlediska zaměstnavatelů, protože v konečném důsledku a v závislosti na současné situaci na trhu práce je zaměstnavatel tou osobou, která určí, zda uchazeče o zaměstnání přijme. Odborné hledisko lékaře je pro práci také důležité, majoritně z toho důvodu, že při opakovaných neúspěšných pokusech osoby s duševní nemocí je lékař tou osobou, která může razantně ovlivnit další průběh terapií a rehabilitace u svých pacientů.

V další části pak autor představuje soubor aktivizačních metod a technik pro osoby s duševním onemocněním, na jejichž vytvoření spolupracoval v rámci svého akademického studia. Kromě detailního popisu těchto metod a technik je zde také čtrnáctidenní harmonogram jejich užívání, který také proběhl v Písku, a proto tato část bude obsahovat i zpětné vazby duševně nemocných o jejich přínosu pro jejich zdravotní stav.

5.1 Forma praktické části

Jako formu pro zpracovávání dat v praktické části autor zvolil strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Tento typ rozhovoru se rozhodl použít na základě literatury od Jana Hendla, který tuto formu výzkumu charakterizuje jako omezenější než ostatní typy rozhovorů, protože do jisté míry respondenty svazuje přesně danými otázkami, které se v něm objevují. Míjí tak prostor pro přizpůsobení se tazatele na základě předchozích odpovědí a tím se jeho role výrazně smršťuje. Na druhou stranu je analýza takovýchto dat o poznání jednodušší a omezuje se pouze na témata, která jsou obsažena v už předem připravených otázkách. Ačkoliv to Hendl uvedl jako nevýhodu, autor se domnívá, že pro tuto práci je to naopak výhodou, protože zaměstnávání osob s duševním onemocněním pokrývá celá řada ekonomických, sociologických a psychiatrických faktorů, které by rozhovor mohly vést tím nesprávným směrem a tím jej také „znehodnotit“.¹²⁵

¹²⁵ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, s. 166-172.

5.2 Rozhovor pro zaměstnavatele

Rozhovor se zaměstnavateli je jedním z nejtěžejnějších, pokud se budeme zabývat zaměstnáváním duševně nemocných. Naše společnost by obecně dle inkluzivního přístupu měla k duševně nemocným přistupovat stejně, jako ke zdravým jedincům. Musíme si ale uvědomit, že poměr zaměstnance a zaměstnavatele by měl představovat jisté benefity pro obě strany, neboť zaměstnavatelé rozhodně nezakládají své podnikání na samaritánských přístupech, ty zajímá především fakt, jestli je daná osoba na určené pracovní pozici schopna zvládat úkony, které s ní souvisí.

Proto je důležité, abychom zjistili, jak se na problematiku těchto osob dívají zaměstnavatelé samotní a jestli zaměstnávání těchto osob vnímají pozitivně, anebo problematicky.

Respondent A – Žena, 34 let, sociální podnik zaměřený na zaměstnávání těžce uplatnitelných osob na trhu práce

Respondent B – Žena, 30 let, zařízení podporující osoby s duševním onemocněním

Respondent C – Muž 43 let, zaměstnavatel v nadnárodním konglomerátu působícím v České republice

Otázka č. 1

Setkal/a jste se během své praxe s uchazečem o zaměstnání, který měl diagnostikovanou duševní poruchu?

Respondent A: Ano, jelikož jsme zařízení, jehož cílem je zaměstnávat lidi, kteří jsou těžko uplatnitelní na trhu práce.

Respondent B: Ano, jistě. S více lidmi, kteří mají např. schizofrenii a chtějí pracovat.

Respondent C: Ano, setkal.

Otázka č. 2

Pokud ano, vnímal/a jste tuto skutečnost jako znevýhodňující pro tohoto uchazeče oproti „zdravým“ jedincům?

Respondent A: Pro něj samotného ano, ale jelikož vyhledal nás, jakožto podporované zaměstnání tak určitě ne. U nás se naopak očekává, že uchazeč má nějaké postižení ač, fyzické, mentální či kombinaci. U nás v organizaci neuvádíme slovní spojení mentální postižení nebo nemoc, o těchto osobách hovoříme, jako o osobách s netradičním myšlením.

Jaký podíl všech vašich zaměstnanců má duševní onemocnění?

Respondent A: Je to zhruba 25 %. Ostatní zaměstnanci jsou buď kombinace, nebo fyzicky znevýhodnění. Nejčastějšími typy duševního onemocnění jsou výbuchy vzteku, náládovost, schizofrenie, autismus a mentální retardace.

Respondent B: Určitě je to nevýhoda, protože takový uchazeč o práci, obvykle nemá takové pracovní nasazení, aby byl schopen pracovat např. 8 hodin. Tím chci říct, že si třeba např. nevydělají tolik peněz, oproti těm zdravým jedincům.

Respondent C: Ne, ve všech případech.

Otázka č. 3

Byl/a byste ochoten/na zaměstnávat člověka s duševním znevýhodněním i v případě, že by to znamenalo se tomuto uchazeči v určitých ohledech přizpůsobit? Je nutné poznamenat, že zdravotní stav této osoby by byl stabilizovaný a pod odborným dohledem.

Respondent A: Rozhodně ano! Vždy je lepší, když znevýhodněná osoba, přijde na pohovor s nějakým doprovodem z rodiny, nebo s asistentem, který je schopen uchazeče lépe popsat a poskytnout nějaké reference. V rámci naší organizace, pokud není dost práce, hledáme našim zaměstnancům, ale také uchazečům jiné uplatnění například (balení knížek, cukrovinek, nakupování seniorům dle seznamu apod.) V rámci našich prodejních akcí (vozík s kávou a drobným občerstvením) se vždy obsluha skládá ze zdravého člověka a osoby se znevýhodněním. Vždy se snažíme našim zaměstnancům pracovní prostředí co nejvíce přizpůsobit a práci ulehčit. Pro příklad, jednomu našemu zaměstnanci, který trpí duševní onemocněním a špatně komunikuje, jsme v rámci naší nabídky produktů vytvořili cedulky se suchým zipsem, na které během prodeje ukazuje on i zákazník a pomocí nich spolu lépe domluví.

Respondent B: Ano, naše zařízení umožňuje zaměstnat osoby s duševním onemocněním, je pro ně uzpůsobena pracovní náplň, tak aby práci zvládli pod dohledem ostatních zaměstnanců.

Respondent C: Ano.

Otázka č. 4

Jak obecně nahlížíte na problematiku zaměstnatelnosti osob s duševním onemocněním?

Respondent A: Pro mnoho běžných zaměstnavatelů to vnímám jako TABU, sci-fi, vyžaduje to vynaložit velkou energii pro toho konkrétního uchazeče (poznat ho, zjistit jaká jsou úskalí diagnózy, vyzkoušet ho na potenciální pracovní pozici atd.). Myslím, že pokud je zaměstnavatel nakloněn sociální podnikům, neměl by v tom vidět problém. Vždy by se však mělo jednat o jednoduchou činnost s nějakým dozorem například mistrem. Doporučila bych každému zaměstnavateli mít jednoho atypického zaměstnance na nějaké jednoduché pozici, protože tomu člověku to udělá strašnou radost a daná organizace bude mít pokrytou nějakou jednoduchou činnost. Málokterý klient by zvládl úplný úvazek čili vypadává možnost zřídít chráněné pracovní místo, je nutné přizpůsobit pracovní dobu diagnóze.

Respondent B: Dnešní doba umožňuje těmto lidem se více integrovat. Takže mohu říct, že existuje mnoho podpůrných programů pro lidi s duševním onemocněním, které jim pomáhají se začlenit, a to je úžasné.

Respondent C: Pokud tato skutečnost neovlivní pracovní situaci, nenahlížím na ni jinak, než zaměstnávat někoho s fyzickým znevýhodněním, jako například neslyšícího nebo někoho se zlomenou rukou.

Otázka č. 5

Jaká úskalí dle Vás obnáší zaměstnávat osobu s duševní poruchou?

Respondent A: Hlavně to, že nepřijdou do práce, protože jim není dobře. Pokud bychom přistupovali ke svým zaměstnancům jako ke zdravým a trvali, aby do práce přišli, bylo by pro nás velmi obtížné s nimi na dané směně pracovat. Pokud nám někdo zavolá, že mu není dobře, nezlobíme se a pokračujeme s nimi dál ve spolupráci.

Respondent B: Úskalí, to je těžké říct, pokud se zaměstná osoba s duševní poruchou, je jasné, že bude mít přizpůsobenou pracovní náplň, tak aby ji tento člověk byl schopen zvládnout. Ale může nastat situace, kdy se tomu člověku zhorší psychický stav, takže je dobré, aby ostatní zaměstnanci měli o této problematice více informací a věděli, co dělat, jak postupovat. Např. zavolat nadřízenému, aby tuto situaci řešil.

Respondent C: Největší problémy, se kterými jsem se setkal, byla zodpovědnost a pracovní neschopnost. Stejně problémy se však mohou často vyskytnout také u osob fyzicky postižených

Otázka č. 6

Duševních poruch existuje široké spektrum. Jaké jsou Vaše znalosti z oblasti duševních poruch, vzhledem ke zvýšenému výskytu duševních poruch v západoevropské společnosti.

Respondent A: Nejčastěji přicházím do kontaktu se schizofreniky, autisty a osobami s nervovými výkyvy. Obecné znalosti o duševních poruchách mám, nicméně vždy záleží na konkrétním uchazeči, kterého poznáme a jeho diagnostiku si prostudujeme, ať známe jeho silné a slabé stránky, jak s ním spolupracovat a jak mu přizpůsobit pracovní prostředí.

Respondent B: Myslím, že celkem obstojné, během praxe, se člověk neustále učí. A taky pokud máte na střední škole psychologii, tak už i tam dostanete nějaké základy. Ale podle mého názoru je vše o samostudiu, pokud se člověk o tohle zajímá, informace si vždy najde, nebo může rovnou studovat.

Respondent C: Moje znalosti jsou omezeny na zkušenosti z osobního života a z pozice zaměstnavatele v nadnárodním konglomerátu. Nabízí se otázka, zda roste počet incidentů anebo jsou tyto incidenty nyní viditelnější, z důvodu odlišného myšlení ve společnosti, než tomu bylo dříve.

Otázka č. 7

Vnímáte jako důležité přizpůsobit trh práce osobám s duševním znevýhodněním souvislosti se zvyšujícím počtem těchto osob? Jaký máte obecně názor na inkluzi v naší společnosti?

Respondent A: Určitě jsem pro, aby tyto osoby byly začleňovány, ale zároveň zastávám názor dělat tyto věci s nějakou stálou myšlenkou a hlavně nenásilně. Tyto osoby však musí chtít samy, a jak již jsem zmínila výše především na jednoduchých pozicích a s velkou mírou pochopení a trpělivosti. Naši zaměstnanci si například mohou vybrat, které akce se v rámci naší práce zúčastní, ale jelikož my své zaměstnance dobře známe, tak jsme schopni ve spolupráci s nimi dobře vytipovat dobré pracovní místo. Nejsem stoprocentním zastáncem inkluze, myslím si, že je důležité dělat to s rozmyslem a citlivě. Tito lidé často neumí nakládat se svým časem a nejsou spolehliví. Inkluze má dle mého názoru velké nedostatky především proto, že nelze na všechny osoby s různými typy diagnóz a znevýhodnění nahlížet stejně.

Respondent B: Určitě je to důležité, protože tito lidé pracovat chtějí, a mají na to právo. A z praxe vím, že je mnoho firem, které nabízí práci osobám s duševním onemocněním, bohužel to ale obvykle bývá ve městech, takže osoby žijící v domácí péči třeba nemusí v blízkém okolí najít uplatnění a musí dojíždět do větších měst.

Respondent C: Dle mého názoru, je inkluze správná cesta, jakýsi klíč. Každý člověk, schopný pracovat, by pracovat měl. Jak pro vlastní osobní prospěch, tak pro rovnost a přínos pro společnost obecně.

Otázka č. 8

Myslíte si, že tlak dnešní uspěchané západoevropské společnosti by mohl osoby s duševním onemocněním diskriminovat?

Respondent A: Od pracovníka se znevýhodněním nelze především v začátcích očekávat stoprocentní výkon. Mluvila bych o 50 %, avšak velmi záleží na aktuálním duševním rozpoložení daného pracovníka a výkony mohou být daleko horší než v normální den. V tomto ohledu určitě diskriminování být mohou. Tito lidé nejsou vhodní na výkonnostní pozice.

Respondent B: Myslím, že ne. Pro tyto osoby existují programy, aby se uplatnili na trhu práce, je jim přizpůsobena pracovní náplň tak, aby zvládli za určitou dobu podat určitý výkon.

Respondent C: Toto by mohlo být obousměrné. Ano, mohli by být diskriminováni, ale také by byli viděni, cítili se viděni a věděli, že budou přínosem. „Západní společnost“ má větší toleranci vůči rozdílům, a proto nabízí bezpečnější prostředí pro osoby, které nezapadají do „normálu“. Příkladem mohou být osoby s duševními poruchami, fyzickými poruchami, různými politickými názory, náboženským vyznáním či sexuální orientací.

Otázka č. 9

Jaké byste navrhl/a možné řešení do budoucna, které by usnadnilo zaměstnávání osob s duševním znevýhodněním?

Respondent A: Vytvoření přehledných jednoduchých pracovních pozic v podobě základní administrativy, úklidu, jednoduchých manuálních činností atd. Těmto osobám velmi pomáhá, když mají podněty od kolegů, takže by rozhodně neměli stát v ústraní, ale být součástí kolektivu spolupracovníků.

Respondent B: Mám pocit, že řešení již existuje, jedná se o povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním, duševním onemocněním podle paragrafu 81 zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti.

Respondent C: Obecně bych řekl otevřenost a dialog jak s ostatními zaměstnanci.

Otázka č. 10

Kdybyste byl lépe informován/a o této problematice, změnilo by to nějak Vaše postavení k osobám s duševním onemocněním a jejich zaměstnatelností?

Respondent A: U mě ne. Jelikož jsme organizace, která se snaží zaměstnávat těžko uplatnitelné osoby na trhu práce.

Respondent B: Určitě je důležitá informovanost, mnoho zaměstnavatelů má obavy, pokud má přijmout osobu s duševním onemocněním. U nás je to jiné, my s lidmi s duševním onemocněním pracujeme a zaměstnanci jsou patřičně vzdělání.

Respondent C: Ano, vědomosti a otevřenost jsou klíčové.

Z rozhovorů se zaměstnavateli je zřejmé, že osoby s duševními poruchami jsou pro zaměstnavatele jistou skupinou lidí, která potřebuje při zaměstnání podporovat. Pouze jeden zaměstnavatel (respondent C) tyto lidi vnímá jako „normálně nemocné“, jinými slovy, naplno užívá inkluzivního přístupu k těmto osobám. Je otázkou, jestli zbylí dva zaměstnavatelé doopravdy uplatňují inkluzivní přístupy, pokud připouštíme, že se na duševně nemocné přímo specializují. Z těchto rozhovorů autor pociťuje, že se podpora lidí s duševním onemocněním mohla ubírat trochu jiným směrem, a to jejich přílišnou ochranou. Zaměstnávání těchto osob v zařízeních, která jsou přímo specializovaná na osoby s duševním onemocněním, sice poskytuje pracovní pozice na chráněném trhu práce, ale zároveň tyto osoby odděluje od běžného trhu práce.

5.3 Rozhovor se zaměstnancem/uchazečem s duševním znevýhodněním

Pro další vhled do problematiky osob s duševním onemocněním je nutné také zjistit, jestli osoby s duševním onemocněním byly nějak diskriminovány a jak vlastně situaci se zaměstnáváním v době své léčby vnímají. Proto autor provedl čtyři rozhovory na sobě nezávislých pacientů, kteří se ambulantně léčí s duševní poruchou.

Respondent A – muž, 48 let, schizofrenie

Respondent B – žena 32 let, schizofrenie

Respondent C – žena 25 let, úzkostná porucha osobnosti

Respondent D – muž, 27 let, klinická deprese

Otázka č. 1

Ucházel/a jste se o práci v době poté, co Vám již bylo diagnostikováno duševní onemocnění?

Respondent A: Ano.

Respondent B: Ano. Chtěla jsem práci.

Respondent C: Ano.

Respondent D: Ano.

Otázka č. 2

Vidíte nějaký rozdíl v přístupu zaměstnavatelů k Vám, jakožto ke "zdravé" osobě a jako k osobě s diagnostikovaným duševním onemocněním?

Respondent A: Určitě ano, je složitější najít si zaměstnání. Jakožto osoba s diagnózou nevyužívám všech dostupných nabídek práce.

Respondent B: Ne, chovají se ke mně hezky.

Respondent C: Ne.

Respondent D: Nevšiml jsem si ničeho neobvyklého. Pokud tento rozdíl byl udělán, tak primárně v můj prospěch, tedy zaměstnavatel i poskytl více prostoru než zdravé osobě.

Otázka č. 3

Je podle Vás obtížnější se jako osoba s duševním znevýhodněním ucházet se o a získat zaměstnání?

Respondent A: Určitě ano.

Respondent B: Nevím, pracovníci mi pomáhají najít si práci, vše řeší sociální pracovníci.

Respondent C: Ne.

Respondent D: Absolutně ne.

Otázka č. 4

Setkal/a jste se jakožto uchazeč o zaměstnání s diskriminací ze strany potenciálního zaměstnavatele z důvodu Vaší duševní poruchy?

Respondent A: Ano.

Respondent B: Ne, vždy byli na mě milí a já jsem měla zatím práci pouze v našem zařízení, kde mi ve všem pomohli zaměstnanci a sociální pracovníci.

Respondent C: Ne.

Respondent D: Žádného takového chování jsem si nevšiml.

Otázka č. 5

Setkal/a jste se s diskriminací i v tom případě, že místo, o které jste se ucházel/a odpovídalo Vaší kvalifikaci a odborné způsobilosti? Myslíte si, že důvodem pro tuto diskriminaci (pokud nastala) bylo vaše duševní onemocnění?

Respondent A: Ano, málokterý zaměstnavatel chce zaměstnat osobu s psychiatrickou diagnózou.

Respondent B: Ne, nesetkala. Práci jsme se sociální pracovníci vybírali tak, abych ji zvládla.

Respondent C: S diskriminací jsem se nesetkala.

Respondent D: Zatím jsem se s diskriminací nesetkal vůbec. Jak nadřízený, tak pracovní kolektiv se situaci snažili primárně nadlehčit.

Otázka č. 6

Měl/a jste pocit, že Vás Vaše duševní onemocnění připravilo o některé z kvalit, které jsou důležité pro získání zaměstnání? Pokud ano, popište prosím, jakým způsobem.

Respondent A: Ano, s postupem času díky své nemoci nezvládnu pracovat celou pracovní dobu, bývám často unavený, hodně zapomínám. Nemám rád změny, například místa práce či nový produkt v nabídce.

Respondent B: Ano, nevydělám si tolik peněz, co ostatní, ale je to proto, že nezvládám být 8 hodin v práci ale jen 4 hodiny. Je to tím, že mi to nemoc nedovoluje, jsem pořád unavená, nesoustředím se, takže můžu dělat jen lehčí práci, která není tak zodpovědná.

Respondent C: Tento dojem nemám.

Respondent D: Toto je velice těžká otázka. Má psychiatrická diagnóza, tedy panická porucha v kombinaci s depresemi, mi určitě vzala nějaké kvality, ale nejsem schopný popsat, které přesně a v jaké míře, vzhledem k těžké uchopitelnosti těchto kvalit. Mohu říct, že například psychofarmaka na mě měla obrovský vliv a výrazně mě utlumila, což se určitě muselo promítnout do mé pracovní produktivity.

Otázka č. 7

Bylo Vaše duševní onemocnění důvodem ztráty Vašeho předešlého zaměstnání? Jak se vám změnil pracovní život poté, co Vám bylo duševní onemocnění diagnostikováno?

Respondent A: Ano, pracoval jsem s vysokozdvizným vozíkem, což můj zdravotní stav v současné době nedovoluje. Změna je velká, místo skladníka pracuji jako barista. Ale tuto práci mám rád.

Respondent B: Ne, mám duševní onemocnění již od 14 let, takže jsem si práci hledala již s tím to onemocněním za podpory sociální pracovníce.

Respondent C: Diagnóza můj pracovní život neovlivnila a nebyla důvodem pro ukončení žádného zaměstnání.

Respondent D: Zaměstnání jsem po diagnostikování duševní poruchy neztratil. Na toto téma jsem měl s nadřízeným několik rozhovorů a byl ubezpečen, že v rámci mého onemocnění mi bude poskytnuto dostatek prostoru. Můj pracovní život se nijakým způsobem nezměnil a myslím si, že je to také způsobeno mým postojem k nemoci samotné. Snažil jsem se o nemoci vtípkovat a aktivně se zdravými kolegy o těchto problémech komunikovat v nadnesené rovině. Ze strany kolektivu jsem také necítil žádnou diskriminaci.

Otázka č. 8

Využil/a jste v rámci znovu začlenění se na trh práce nějaké podpory například ze strany Úřadu práce formou pracovní rehabilitace či jiného podpůrného programu v podobě psychoterapeutické skupiny, nebo jiné formy terapie?

Respondent A: Chodil jsem to centra pro zdravotně postižené, kde mi v rámci poradny byly nabídnuty různé možnosti práce. Já jsem si vybral organizace, se kterou spolupracuji dnes. Přes Úřad práce jsem chodil na počítačový kurz.

Respondent B: Než jsem začala pracovat, vše jsme důkladně probírali s mým psychiatrem, terapeutem a zaměstnanci, kteří se o mě starají. Měla jsem nastavený takový plán adaptace, nejprve jsem v práci byla hodinu a pak se to navyšovalo, teď pracuji 4 hodiny 3krát týdně, abych to zvládla.

Respondent C: Žádný program jsem nevyužila, ani mi nebyl nabídnut.

Respondent D: V rámci své rehabilitace jsem nevyhledával a ani mi nebyla doporučena nějaké specifické organizace. Jakožto milovníkovi hudby mi pro uklidňující účely pomáhal

poslech relaxační hudby.

Otázka č. 9

Jste v současné době zaměstnán se svou diagnózou? Ovlivňuje tato skutečnost Váš psychický stav?

Respondent A: Ano, pracuji na pozici baristy v kavárně, když jsem v práci, jsem rád, spokojený mám co dělat v daný den. Vždy se těším na další práci. Kdykoliv mi šéfka zavolá, rád vždy pomůžu.

Respondent B: Jsem zaměstnaná. A ano, ovlivňuje, někdy se prostě cítím přetížena a rozhozená, tak zůstávám doma a nechci jít do práce. Ale to je tou nemocí.

Respondent C: Ano, jsem zaměstnána a současná pozice moji psychiku neovlivňuje. V minulosti jsem však pracovala v zaměstnáních, jejichž pracovní podmínky působily negativně (například striktně vyhrazený čas pro pauzy, nemožnost pracoviště opustit v případě nevolnosti apod.). Na druhou stranu samotný fakt, že pracuji, pomáhá zapadnout mezi zdravé osoby a tím jistě podporuje duševní stav.

Respondent D: Ano, jsem zaměstnán. Fakt, že jsem v důsledku svého onemocnění nepřišel o pracovní místo, mi velmi pomohl. Podpora jak ze strany zaměstnavatele, tak ze strany kolegů mi psychicky pomohla.

Otázka č. 10

Považujete současnou nabídku podpory začlenění na trh práce za dostačující?

Respondent A: Nabídka by mohla být rozhodně výraznější a jasnější. Pokud člověk nepřijde na Úřad práce, o ničem se nedozví, neví, co mají hledat.

Respondent B: Myslím, že ano. Mnoho lidí se podílelo na tom, abych pracovala a podpořili mě, vím taky od kamarádů, kteří jsou nemocní a z jiného města, že taky pracují, myslím, že je nám umožněno pracovat.

Respondent C: Sama jsem nikdy žádnou podporu začlenění nevyužila. Ze svého blízkého okolí však znám několik případů, kdy tato podpora nebyla poskytnuta vůbec, přestože by byla vítána. Považuji ji tedy za nedostatečnou.

Respondent D: Myslím si, že vedle této nabídky, která určitě dostačující je, by bylo také zmínit, že je velice důležitý přístup samotného člověka ke svému duševnímu onemocnění.

Z přiložených rozhovorů je jasné, že problematika rozhodně není černobílá. Při rozhovoru s duševně nemocnou osobou je potřeba si uvědomit, že tito lidé individuálně přemýšlí, cítí a emočně vnímají i bez jejich psychiatrické diagnózy. Právě ta může ovlivnit jejich vnímání a duševní stav natolik, že problematika ohledně zaměstnávání osob s duševním

onemocněním je prakticky neuchopitelná. U každého z respondentů je jasné, že jejich rozdílné diagnózy, průběh nemoci a celkové ovlivnění pracovní schopnosti. Díky tak obrovským rozdílům v psychice a snášení stresu je evidentní, že každá osoba musí být ve vztahu ke konkrétním zaměstnavatelům posuzována individuálně.

5.4 Rozhovor s lékařem – psychiatrem

Pro osoby s duševním onemocněním je velice důležité, jak s nimi pracuje jejich lékař. Je to osoba, která vede celý léčebný proces pacienta a je tak tou nejpovolanější, co se týče zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta čili by měla být nápomocná i v návratu do normálního života. Z přiložených rozhovorů se autor snaží zjistit míru podpory ze strany lékařů a způsoby, pomocí kterých se tak děje.

Respondent A – žena, 45 let, klinická psychiatrička

Respondent B – muž 48 let, psychiatr v ambulantním zařízení

Otázka č. 1

Pomáháte nějakým konkrétním způsobem svým pacientům ohledně návratu na trh práce? Pokud ano, jak?

Respondent A: Určitě ano, je to určitá spolupráce s člověkem, který chce pracovat, s rodinou nebo zařízením, kde bydlí. V mém případě jde o dobře zvolenou medikaci a také komunikaci s pacientem.

Respondent B: Ano, svým pacientům doporučuji široké spektrum možné pomoci od návštěvy Úřadu práce, denních center přes poradny pro zdravotně postižené atd.

Otázka č. 2

Mohl byste uvést, jaký je procentuální podíl Vašich pacientů, kteří o práci v důsledku své psychické nemoci přijdou?

Respondent A: Myslím, že tak 95 %. Spoustu lidí se pak nezvládne vrátit do běžného pracovního procesu, kvůli své psychiky, protože tu práci již nezvládnou vykonávat.

Respondent B: Troufám si říct, že je to okolo 95 %. Záleží na pracovním zařazení.

Otázka č. 3

Stěžují si Vaši pacienti na diskriminaci ze strany zaměstnavatelů?

Respondent A: S tím jsem se setkal jen párkrát, ale obvykle tito lidé pak přijdou o práci, kvůli nemoci, která je bohužel limituje, záleží i jak jsou důslední v dodržování nastavené medikace, abychom udrželi jejich psychický stav v nějakém „normálu“. Bohužel to bývá dlouhodobý proces, než se najde léčba, která pacientovi sedí a cítí se dobře.

Respondent B: Určitě ano, zaměstnavatelé na ně kladou nároky, které nejsou schopni plnit nebo vůbec neodpovídají na životopisy. I když v životopise nezmíní svůj zdravotní stav, na pohovor pak nepochodí. Proto doporučuji pracovní poradny, kde je k těmto osobám přístupováno daleko lépe.

Otázka č. 4

Mohl byste popsat překážky, které u psychicky nemocného člověka nastanou při hledání nového zaměstnání? Existují nějaká konkrétní východiska, která tento problém řeší?

Respondent A: Překážky jsou dle mého názoru v té psychické stránce toho člověka, obvykle takový člověk zprvu nechce pracovat, je to hodně o motivaci ze strany rodiny nebo pracovníků, psychologů. Záleží, kdy se to onemocnění projeví, jestli s tím člověk žije již od dospívání nebo je to nedávno zjištěna diagnóza.

Respondent B: Překážku vidím především v nízkém sebevědomí, které se snižuje s dobou, kdy je člověk bez práce. Čím déle jsou tyto osoby bez zaměstnání, tím hůře se vrací do provozu. Důležitou součástí rehabilitace je psychohygiena a psychogymnastika. Existují psychoterapeutické dílny, ale také organizace, které nabízí tréninkové pracovní pozice.

Otázka č. 5

Jaká je motivace u Vašich pacientů najít si práci? Jsou dostatečně motivovaní pro vstup na trh práce, anebo raději využívají sociálního systému České republiky? Mohl byste zde prosím nastínit nějaký poměr?

Respondent A: Převážně jde o motivaci ze strany rodiny, pracovníků, sociálních pracovníků. Tito jedinci si někdy neuvědomí, že by chtěli pracovat, pobírají důchod. Při psychickém onemocnění je to pro ně samotné složité, nad tím přemýšlet. Také záleží na diagnóze, člověk, který na tom není až tak psychicky špatně, pracuje zcela normálně, má nastavenou léčbu, která mu vyhovuje. Těch diagnóz je v dnešní době opravdu velká spousta, z toho vyplývá, že je to velmi individuální. V některých případech například nelze poznat, že má člověk nějakou psychiatrickou diagnózu.

Respondent B: Velmi záleží na nastavení toho konkrétního člověka. Tyto osoby ve velké míře pobírají invalidní důchody. Pokud se o ně má kdo postarat, třeba rodina, myslím, že

motivace k práci není vysoká. Vždy ovšem záleží na diagnóze. Pokud není psychika těchto osob narušená, je motivace k práci stejná jako u „normálních“ lidí.

Otázka č. 6

Pokud si psychicky nemocný a stabilizovaný člověk najde práci, jaká je podle Vás šance, že si ji udrží?

Respondent A: Určitě vysoká, pokud nenastane nějaký postup nemoci, nebo zhoršení.

Respondent B: Záleží na typu práce a zdravotním stavu. Pokud bude člověk stabilizovaný s nezhoršujícím se stavem tak je reálné si práci udržet dlouhodobě, avšak zde vstupují další faktory, jako je kolektiv kolegů a přístup zaměstnavatele.

Otázka č. 7

Jaké jsou možnosti pro Vaše pacienty před vstupem na trh práce? Jsou si vědomi různých podpůrných programů, které pro duševně nemocné osoby existují?

Respondent A: Mnoho pacientů má informace, že mohou pracovat, vědí to, jak od nás, tak určitě od rodiny, psychologa, sociálních pracovníků. Opět záleží, o jakého pacienta konkrétně jde, jestli přichází z rodiny nebo ze zařízení, kde se o tuto problematiku musí zajímat více a je větší šance, že mu bude nabízena možnost, zdali by chtěl pracovat.

Respondent B: Vždy své pacienty odkazují na organizace působící v rámci Ostravy, kde mohou získat odpovědi na všechny své otázky.

Otázka č. 8

Informujete své pacienty o možnostech, které v rámci pracovní rehabilitace mají?

Respondent A: Ano. Dostávají doporučení na pracovní rehabilitaci.

Respondent B: Informace nedostávají přímo ode mě, ale pokud mají zájem, navštíví nějakou z doporučených organizací, například poradnu pro zdravotně postižené.

Otázka č. 9

Jak vnímáte postavení psychicky nemocných lidí na trhu práce? Je mezi duševně nemocným a zdravým člověkem markantní rozdíl? Jste schopni vyjmenovat některé diagnózy, které s uplatněním na trhu práce víceméně nemají problém?

Respondent A: Jak již jsem zmínil, diagnóz je obrovské množství. Pokud budeme hovořit o osobách s těžkou formou schizofrenie, mentální retardace či poruchách autistického

spektra, můžeme se domnívat, že tyto osoby budou velmi těžce zaměstnatelné. Naopak, lidé trpící lehkou formou deprese, poruchami osobnosti, nálad apod., pokud jsou pod medikamenty, nemusí být jejich diagnóza v zaměstnání vůbec patrná a tím pádem v jejich uplatnění na trhu práce nevidím nejmenší problém.

Respondent B: Rozdíl určitě je, v souvislosti s vážností diagnózy. Především však v přístupu k práci, výkonu a spolehlivosti. Všechny zaléčené diagnózy je možné začlenit do pracovního procesu, ale je nutná podpora ze strany zaměstnavatele, rodiny a blízkého okolí. Je těžké jmenovat, vše je velmi individuální.

Otázka č. 10

Myslíte si, že v rámci inkluzivního přístupu mají osoby s duševní poruchou dostatečný prostor pro reintegraci, a to nejen na pracovní trh, ale celkově do normálního života?

Respondent A: Ano. Mají.

Respondent B: Společnost se snaží těmto osobám jít naproti, otázkou však zůstává, zda s tím souhlasí široké okolí. Opět záleží na diagnóze.

Rozhovory s lékaři potvrzují předchozí hypotézy ohledně osob s duševním onemocněním. Lékaři posuzují pacienty zcela individuálně, což do problematiky nevnáší příliš mnoho světla. Na druhou stranu je tento individuální přístup přímo žádoucí, protože lékaři mají v těchto situacích zcela jistě těžkou roli. Pokud pracovní rehabilitaci doporučí příliš brzy, jejich pacientům paradoxně mohou uškodit ještě více.

6 Soubor aktivizačních metod a technik

Tento soubor aktivizačních metod a technik byl vytvořen pro osoby s duševním onemocněním. Jeho funkce je resocializační a na tyto osoby by měl působit terapeuticky, kdy se ve čtrnáctidenní době lidé s psychiatrickou diagnózou intenzivně věnují sociálním dovednostem, které si procvičují a zdokonalují, popřípadě je v důsledku své diagnózy získávají zpět. Každý den má svůj specifikovaný harmonogram a je koncipován tím způsobem, aby se po jeho absolvování osoby s duševní nemocí cítily sebejistější, bouraly své sociální bariéry a (znovu)získaly sebevědomí při komunikaci, základních sociálních interakcích a prosazování se v rámci kolektivu a společnosti obecně.

1. Den

- a) **Jména s balónem** – jako seznamovací hra na úvod, házení, zrychlování předávání balónu s cílem v jednu chvíli se ho dotknout všichni
- b) **Jména v kruhu** – šeptání, normální hlas a vysoký hlas
- c) **Opakování všech jmen lidí po kruhu** – dobrovolník zopakuje, pokud možno všechna jména, cvičí se krátkodobá paměť s vizuálním kontextem
- d) **Dostihy** – Aktivizační cvičení v kruhu s cílem rozhýbat a zvýšit pozitivní emoce u klientů. Cvičení probíhá v kruhu, buď v sedě, nebo ve stoje. Zadáni: Klienti si představí, že jsou dostihovými koňmi např. v Pardubicích či Chuchli, a pomalu se s otevřenými dlaněmi plácají do stehen, dokud se neřekne start a intenzitou potlesku do stehen zvyšují rychlost koně a dle zadání provádějí cviky např. skok, skoky, náklon doleva/doprava a cvičení dle vybraných překážek.
- e) **Kolečko očekávání** – pocity s nadcházejícími dvěma týdny. Klienti sedí v kruhu, jsou klidní a verbalizují své představy o společných aktivitách, dílčích cílech a hlavních cíli, terapeuti se případně doptávají. Touto aktivitou se klienti učí verbalizovat svůj názor, mínění ve skupině a zároveň v bezpečném prostředí. Jedná se o součást socializace a efektivní komunikace.

2. Den

- a) **Rozcvička škálování (živé obrazy)** – v prostoru místnosti vytvoříme imaginární škálu, kdy na jedné straně místnosti je bod nejlepší/nejkvalitnější/nejpříjemnější a na druhé straně místnosti bod, který označuje nejhorší/nepříjemnější apod. Klienti se postaví do

středu místnosti a na základě dotazování se v místnosti přemisťují. Příklady otázek: Máte rádi koprovou omáčku? Cestujete rádi? Jste unavení? Atd.

- b) **Kresba Pozitivního ostrova** – účelem je, aby každý našel to nejlepší ze sebe, co je použitelné na opuštěném ostrově. Vytvoří se, nejlépe losem, skupinka max. 5 osob, které pomocí pastelky, tužek, fixů a archu papíru min. velikosti A3, kreslí ostrov, na kterém společně ztroskotají a snaží se najít pozitivní vlastnosti, znalosti a zkušenosti, které jsou prospěšné při budování ostrova. Práce na úkolu cca. 20-30 minut. Následně svůj výtvar prezentují a odpovídají na případné dotazy. Prezentují především kooperaci skupiny, nápady, diskuzi, aktivitu atd. Následně využijí druhou stranu archu papíru, na které kreslí, tvoří pět atributů, které na svém budovaném ostrově, tj. ideálním světě nechtějí.

Obrázek č. 1 - Kresba pozitivního ostrova



Zdroj: Autor

- c) **Vizitky** – Seznamovací a aktivizační hra v prostoru, která se využívá především na začátku seminářů, školení, výcviků atd. k seznámení se mezi sebou. Frekventanti dostanou kartu z tvrdého papíru velikosti cca. 10x15 cm s cílem vytvořit si za pomoci kreslicích pomůcek svou vizitku, která je prezentuje. Následně dostanou zadání třech neuzavřených vět např.:
- Mám rád/a ...,
 - Mým koníčkem je ...,

- Těším se na ..., které prezentují dle sebe. Vizitky si následně v prostoru s informacemi předávají a snaží se zapamatovat informace od druhých. Úkolem je si uvědomit komunikační šum, schopnost zapamatovat si informace a dozvědět se informace o spolu frekventantech.
- d) **Závěrečné kolečko** – Na závěr každého terapeutického/výcvikového dne je vhodné provést závěrečné kolečko. Tento jistý rituál, tedy uzavření dne, verbalizováním svých pocitů, zkušeností, nálad a naplnění dne.

3. Den

- a) **Rozcvička Bugatti step** – Dynamická pohybová aktivita používaná na začátku dne nebo po klidné mentálně náročnější aktivitě. Zadání: frekventanti vytvoří dvojice, ve které se navzájem dotýkají dlaněmi v úrovni hlavy, jeden z dvojice zavře oči a na melodii svižné melodie Bugatti step se nechají vést. Po čase se v rámci dvojice přehodí.
- b) **Kouzelná zahrada** – Psycho-gymnastická aktivita, kterou lze provádět jak v uzavřeném prostoru, tak ve venkovním prostředí. Jedná se o práci s imaginací, se zadáním: jste součástí kouzelné zoologické zahrady. V rámci své imaginace, fantazie si představte, jaké zvíře byste chtěli v oné zoologické zahradě být. Využijte prostor k vlastní aktivitě, v níž můžete napodobovat pohyby daného zvířete. Po jisté době se vytvoří kolečko a každý účastník popisuje, do jakého zvířete se vžil. Lze se doptávat na pocity, emoce a důvody proč si vybral/a zrovna toto zvíře. Podobně lze zadat také floristickou zahradu se záměnou zvířete za rostlinu.
- c) **Rozdělení do skupin** (kartičky s piktogramy)
- d) **Přírodní živel** (psycho-gymnastika) – Aktivita s prvky psycho-gymnastiky a pantomimy, kdy buď jednotlivec, diáda či malá skupina předvádějí jakýkoliv přírodní živel a ostatní přihlížející hádají, o jaký živel se jedná. Na konci aktivity lze opět pokládat otázky na vznik nápadů, režii, přípravu, aktivitu či důvod výběru představovaného živlu.
- e) **Zakázané ovoce** – Skupinová aktivita s prvky dramaterapie, které předchází relaxační a uvolňovací technika, kdy účastníci sedí v kruhu. Uprostřed kruhu je položen předmět nebo potraviny např. ovoce, potraviny, bonbony atd. a zadání zní: v rámci relaxace si uvědomte své zakázané ovoce, tj. situaci, stav, který když porušíte, následuje trest, či úkol. Následně formou prvků psycho-gymnastiky a drama terapie předved'te, zda si zakázané ovoce vezmete/nevezmete/vrátíte a na kolik si uvědomujete trest, který by Vás

čekal za porušení zákazu situace atd. Na konci aktivity opět probíhá kolečko se sdílením pocitů, názorů a zkušeností.

- f) **Dostihy** – Aktivizační cvičení v kruhu s cílem rozhýbat a zvýšit pozitivní emoce u klientů. Cvičení probíhá v kruhu, buď v sedě, nebo ve stoje. Zadání: Klienti si představí, že jsou dostihovými koňmi např. v Pardubicích či Chuchli, a pomalu se s otevřenými dlaněmi plácají do stehen, dokud se neřekne start a intenzitou potlesku do stehen zvyšují rychlost koně a dle zadání provádějí cviky např. skok, skoky, náklon doleva/doprava a cvičení dle vybraných překážek.

4. Den

- a) **Rozcvička emoční karty** – Využití emočních karet vytvořených Univerzitou Hradec Králové. Karty se rozloží v prostoru místnosti do kruhu na zem obrázkem nahoru. Frekventantům se pouští mix hudby a melodií, ti si uvědomují svou aktuální náladu či prožívané emoce. Následně porovnávají obrázek, který jim nejvíce přibližuje stav jejich emocí, s popisem obrázku na druhé straně karty, ideálně v kruhu. Karty lze použít, jak ve skupině, tak s jednotlivci. Před samotnou aktivitou práce s kartami předchází emoční relaxace a ukotvení.

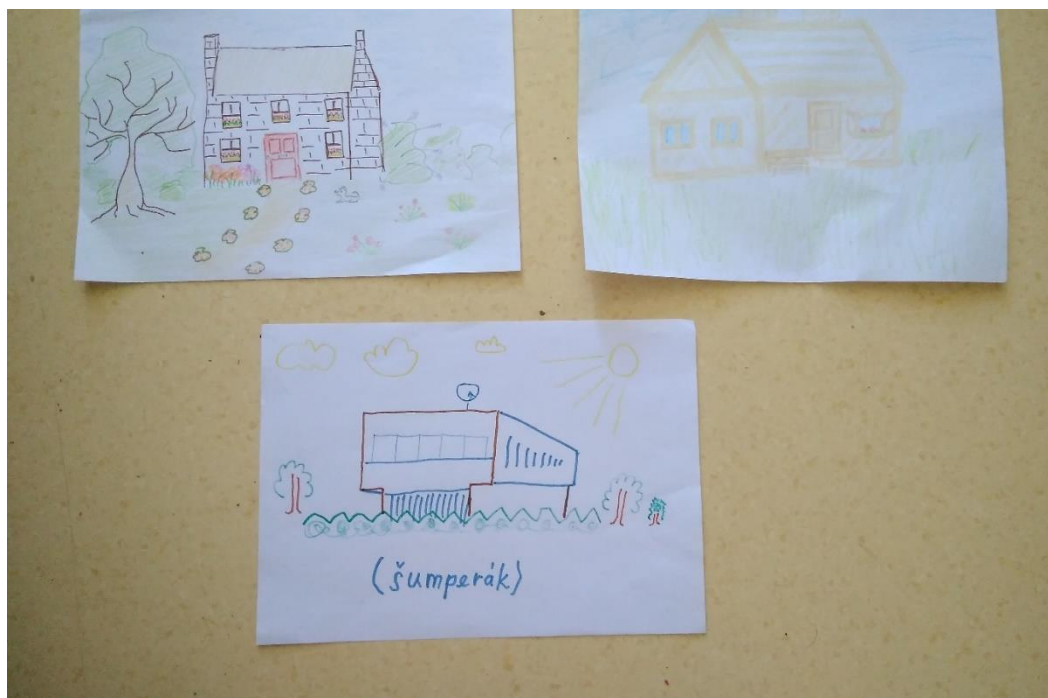
Obrázek č. 2 - Moře emocí, emoční karty



Zdroj: MOŘE EMOCÍ | Emotion cards [online]. Dostupné z: <https://www.b-creative.cz/terapeuticke-pomucky-b-creative-more-emoci--emotion-cards>

- b) Jízda vlakem + očekávání víkendu** – Aktivita s prvky imaginace a arteterapie, aktivně se pracuje s představivostí. Napřed probíhá emoční relaxace a ukotvení a poté následuje zadání. Zadání: „*Sedíte ve vlaku u okna, je Vám příjemně, sedíte pohodlně, jedete dlouhou cestu, při níž se díváte z okna a sledujete míhající se obrázky krajiny, tj. lesy, louky, pole, vesnice, městečka apod., a najednou Vás zaujme v krajině malý dům se zahradou, a protože vlak jede velmi rychle byl to jen okamžik. Následně tento vizuální okamžik nakreslete.*“ Po kresbě se lektor/terapeut doptává na podobnosti a rozlišnosti obrázku ve skupině, dále jsou popisovány pocity a kresba jako taková. Velmi často frekventanti kreslí obrázek/dům, který vidí/znají, mají k němu vztah. Jedná se o kresbu v souladu s kulturním ukotvením. Klienti v kolečku individuálně prezentují.

Obrázek č. 3 - Jízda vlakem + očekávání víkendu



Zdroj: Autor

- c) **Dostihy – Aktivizační** cvičení v kruhu s cílem rozhýbat a zvýšit pozitivní emoce u klientů. Cvičení probíhá v kruhu, buď v sedě, nebo ve stoje. Zadání: Klienti si představí, že jsou dostihovými koňmi např. v Pardubicích či Chuchli, a pomalu se s otevřenými dlaněmi plácají do stehen, dokud se neřekne start a intenzitou potlesku do stehen zvyšují rychlost koně a dle zadání provádějí cviky např. skok, skoky, náklon doleva/doprava a cvičení dle vybraných překážek.

5. Den

- a) **Rozcvička** – Každý vymyslel svůj cvik, který přidal k předchozímu – kolečko (hudba Svěrák a Uhlíř). Uvažovat nad hudbou a písněmi ať příliš klienty neinfantilizuje.
- b) **Kolečko „Co víkend?“** – V rámci prezentace jiné aktivity klienti prezentují proběhlý víkend, zda se naplnila jejich očekávání, zda byl něčím překvapivý či nepříjemný
- c) **Rozdělení do skupin** (kartičky s piktogramy) – Pro aktivity, kdy je nutné velkou skupinu rozdělit na menší, je vhodné využít například losování, kdy si klienti losují z klobouku kartičku s piktogramem, a tak vytvářejí podskupiny.
- d) **Stavba Eiffelovy věže** – Po zhroucení „Eiffelovky“ se ve Francii rozšířila spontánní sbírka občanů na stavbu nové věže. Pařížská radnice, která celou akci zajišťuje, vypsalá konkurz na výběr firmy, která novou dominantu Paříže postaví. Aby si firmy vyzkoušela, sezvala jejich týmy na jedno místo a všem dala stejné zadání. Zadání:

Vaším úkolem je postavit co nejvyšší věž. Ta musí stát samostatně. Její výška se měří od paty věže až po její nejvyšší bod. Ke stavbě smíte použít pouze materiál, který jste dostali (špejle, lepicí páska, papír, provázek atd.). Věž musí stát samostatně minimálně 20 vteřin. Na stavbu máte 15 minut od předání těchto instrukcí. To znamená, že již teď Vám čas běží. Po změření výšky věže, budete mít 1 minutu na veřejnou obhajobu svého díla. Připravte si proto obhajovací řeč. Teprve potom bude oznámen výsledek veřejné soutěže.

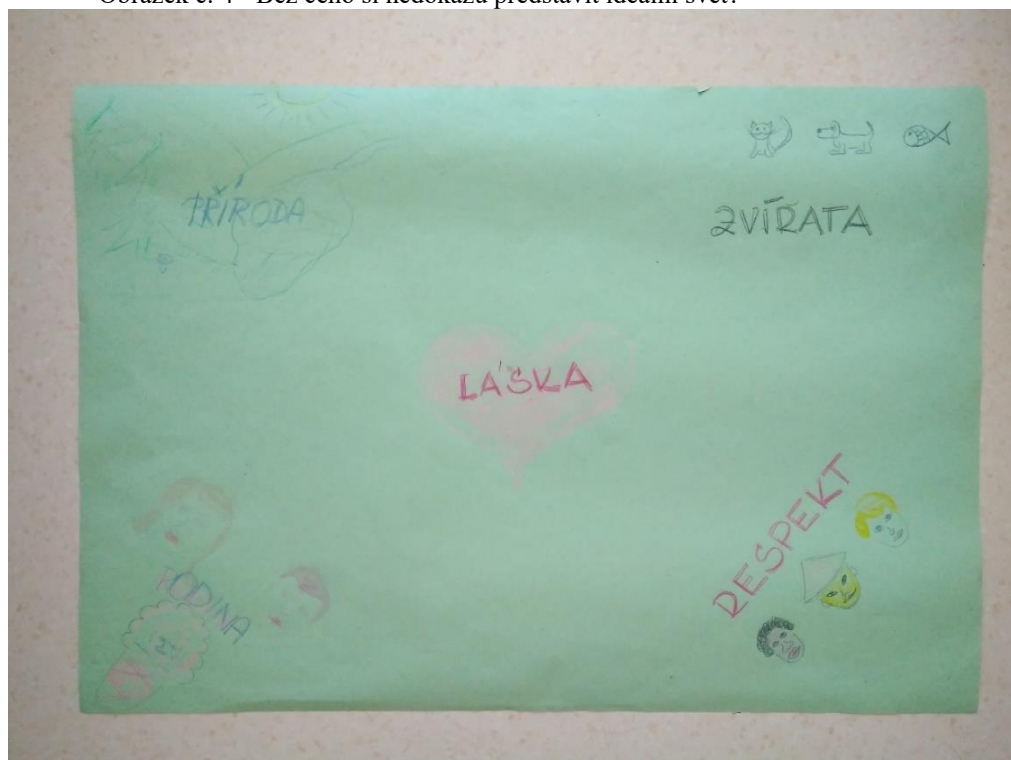
- e) **Výběr písniček na přání** – V případě dlouhodobě vedené skupiny mohou být udělovány úkoly typu výběrů melodií, písní atd. pro další aktivity včetně možnosti práce s hudebními nástroji.

6. Den

- a) **Rozcvička Bugatti step – Dynamická** pohybová aktivita používaná na začátku dne nebo po klidné mentálně náročnější aktivitě. Zadání: frekventanti vytvoří dvojice, ve které se navzájem dotýkají dlaněmi v úrovni hlavy, jeden z dvojice zavře oči a na melodii svižné melodie Bugatti step se nechají vést. Po čase se v rámci dvojice přehodí.
- b) **Módní přehlídka** – Aktivita s prvky dramaterapie a psychogymnastiky kdy klienti mají za úkol v pantomimě předvést jakýkoliv „dress code“, svršek, část oděvu, doplněk atd. ostatní přihlížející hádají, co mim předvádí. Po aktivitě může následovat kolečko, v němž klienti prezentují, výběr způsob předvedení atd.
- c) **Kreslení „Bez čeho si nedokážu představit ideální svět“** – aktivita s prvky arteterapie – Ideální svět. Aktivita buď v menší skupině či individuálně s velkoformátovým papírem a s kreslicími a psacími potřebami. Klienti kreslí atributy svého života, bez kterých si neumějí představit svůj svět. Následně prezentují a zdůvodňují.

Podle složení skupiny lze použít ještě další, druhý level a to: přišla/přijde životní krize a Vám v nakresleném ideálním světě zůstala pouze jedna jediná věc – všechny ostatní musíte zaškrtnat. Po aktivitě opět probíhá prezentace, nakolik byl tento úkol snadný, těžký, složitost výběru škrtnutých atributů a ponechání toho jediného.

Obrázek č. 4 - Bez čeho si nedokážu představit ideální svět?



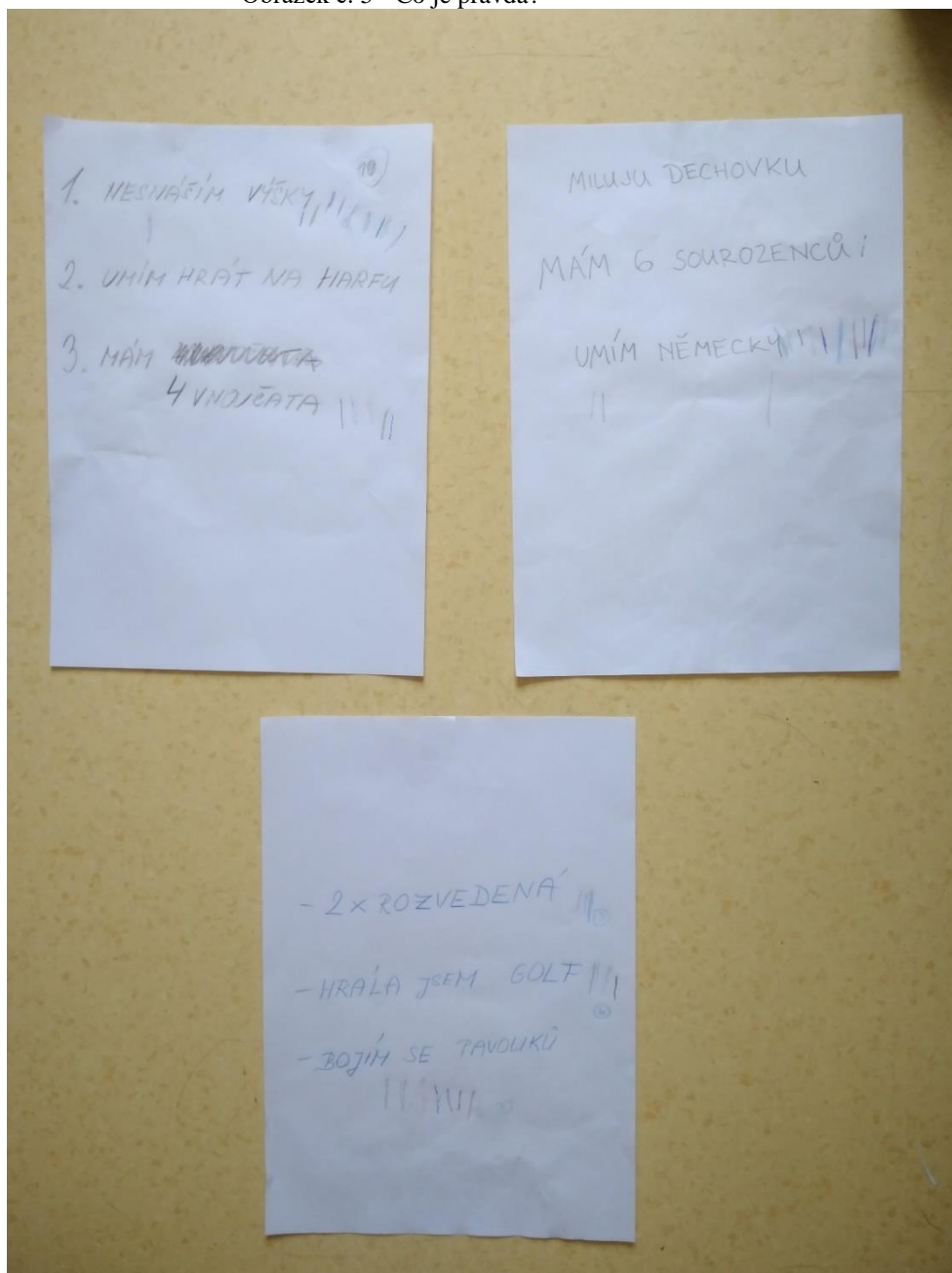
Zdroj: Autor

7. Den

a) Rozcvička písničky

- b) **Co je pravda** – Skupinová aktivita zaměřená na vcítění se, empatii a odhad druhého. Klienti dostanou arch čistého bílého papíru formátu A4, na který napíšou tři výroky z jejich života, jejich osobnosti, jejich zkušenosti, z nichž jeden bude pravdivý. Následně je klientům tento arch přilepen na záda, skupina se prochází a každému kolegovi udělá jednu čárku u výroku, kterýsi myslí, že je pravdivý. Následně proběhne kolečko, v němž každý klient vyhodnocuje své výroky a odhady ostatních.

Obrázek č. 5 - Co je pravda?



Zdroj: Autor

- c) **Pětílístek** – Pětílístek je metodou, která rozvíjí schopnosti shrnout stručné téma, názor, nebo postoj a umět názor vyjádřit výstižnými výrazy. Metoda pětílístku spočívá v jednoduché osnově o pěti řádcích. Využívá se v úvodu výuky k evokaci nového učiva, nebo v závěru ke zjištění pochopení tématu.

Postup:

Učitel stanoví téma, kterého se má pětílístek týkat. Žáci si načrtnou osnovu a pokusí se ji ve vymezeném čase (5–7 minut) vyplnit. Podle vyspělosti žáků se nabízí učitelům několik možností, jak dále se vzniklými pětílístky pracovat. Jednou z variant je

práce ve dvojicích, kdy si žáci sdělují navzájem informace ze svých pětilístků a mají vytvořit jednu společnou verzi. Jako většina metod kritického myšlení i pětilístek může vyústit v hromadnou diskusi na dané téma. Aby byla metoda účinná a rozvíjela požadované schopnosti, musí učitel žákům vysvětlit, co mají do jednotlivých řádků pětilístku psát.

Instrukce:

1. řádek: napište jedno slovo (podstatná jména – název, námět, téma)
2. řádek: napište dvě slova (přídavná jména – vyjadřující jaké je téma)
3. řádek: napište tři slova slovesa – co činí téma?)
4. řádek: napište čtyři slova (věta – souvislé vyjádření o tématu)
5. řádek: napište jedno slovo (synonymum tématu – pointa, vyjádření podstaty)

Žáci podle instrukcí vytváří svůj pětilístek. Následuje prezentace pětilístků.

- d) Vlnka** – Použití dle cílové skupiny a schopností a haptiky. Klienti vytvoří kruh, v němž se pevně spojí a vytvářejí vlnu energie skupiny v jednom směru. Čím je kruh koheznější a empatičtější tím rychleji najdou společný směr. V rámci vlnky mohou členové verbalizovat jedním slovem své pomoci, zážitky atd.

8. Den

- e) Rozcvička** – Výběr písní a melodií klienty, společný zpěv a aktivní poslech.
- f) Hádání postav ve skupinách (Miloš Zeman, Divá Bára, Babička, Karel Gott)** – Velká skupina vytvoří menší podskupiny, max. 5 osob. Aktivita obsahuje prvky arteterapie a neverbální komunikace. Zadání: každá skupina ze svého středu vybere kontrolora, který bude kontrolovat druhou skupinu, zda nepodvádí. Dále ze svého středu vyberou kresliče, nositele informace, pro každou postavu se může v rámci skupiny změnit. Terapeut/lektor potichu předá kresličce jméno vybrané postavy a ten kreslí a za pomocí neverbální komunikace poskytuje informace zbytku skupiny, která hádá danou osobu. Při uhodnutí získávají bod a informaci o další osobě.
- g) Bim Bam Bum** – Aktivita s prvky muzikoterapie zaměřená na důvěru a důvěryhodnost. Zadání: vytvoří se podskupiny 5-6 osob, postaví se do těsného kruhu a do středu kruhu postaví jednoho člena. Tvoří tak zvon se srdcem. Následně do středového člena (srdce) jemně strčíme tak, aby se v rámci kruhu kolébal a skupině důvěřoval, že jej zachytí a

odrazí. Po chvíli se mohou členové „zvonu“ mezi sebou měnit. Následuje prezentace pocitů a schopností uvolnit se a důvěřovat.

- h) **Vlnka** – Použití dle cílové skupiny a schopností a haptiky. Klienti vytvoří kruh, v němž se pevně spojí a vytvářejí vlnu energie skupiny v jednom směru. Čím je kruh koheznější a empatictější tím rychleji najdou společný směr. V rámci vlnky mohou členové verbalizovat jedním slovem své pomoci, zážitky atd.

9. Den

- a) **Rozcvička „Kočka ze Záběhlic“** – Na melodii a slova písně Kočka ze Záběhlic se klienti pohybují či tancují.
- b) **Aktivita formou arteterapeutického cvičení na téma „Co aktivních 14 dnů klientům dalo“** – Klienti se rozdělí do menších skupin a v den ukončení terapeutického programu za pomoci arteterapeutických pomůcek, tj. barevného papíru, lepidla, temper, dalších výtvarných pomůcek, tvoří výstup pro trenéry/lektory/terapeuty. Velmi často vytvářejí leporela.
- c) **Dostihy – Aktivizační cvičení v kruhu s cílem rozhýbat a zvýšit pozitivní emoce u klientů.** Cvičení probíhá v kruhu, buď v sedě, nebo ve stoje. Zadáni: Klienti si představí, že jsou dostihovými koňmi např. v Pardubicích či Chuchli, a pomalu se s otevřenými dlaněmi plácají do stehen, dokud se neřekne start a intenzitou potlesku do stehen zvyšují rychlost koně a dle zadání provádějí cviky např. skok, skoky, náklon doleva/doprava a cvičení dle vybraných překážek.
- d) **Oheň 12 měsíčků** – Rituální aktivita k ukončení skupiny a časové dotace. Doprostřed kruhu dáme krabici/klobouk atd., který představuje imaginární táborový oheň 12-ti měsíčků. Zadáni: Každý z klientů dostane prázdnou papírovou kartu, která představuje poleno, které živí táborový oheň coby zdroje energie tepla, světla, života. Klienti si na svou kartu jedním slovem napíší, co je jejich poleno, které udržuje jejich život, dobrou náladu, dobrou mysl, motivaci atd. Následně tuto kartu, toto poleno vhodí do imaginárního ohně. Následuje kolečko prezentující pocity.
- e) **Vlnka** – Použití dle cílové skupiny a schopností a haptiky. Klienti vytvoří kruh, v němž se pevně spojí a vytvářejí vlnu energie skupiny v jednom směru. Čím je kruh koheznější a empatictější tím rychleji najdou společný směr. V rámci vlnky mohou členové verbalizovat jedním slovem své pomoci, zážitky atd.

6.1 Vybrané zpětné vazby pacientů po absolvování cyklu

Pacient 1

*"Než přišel psychoterapeutický tým, jsem se bála lidí. Hodně jsem se stranila, nechtěla jsem být s nimi v kolektivu, byla jsem bez zájmu, bez nálady, nechtělo se mi žít. Co jste mi dali? Upřímně hodně, poznala jsem hodně hodných lidiček, začala jsem se s nimi přátelit, zjistila jsem, že mě mají rádi a já také. Tento tým byl opravdu skvělý, i když jsem ze začátku byla vystresovaná, pak to vše ze mne spadlo a já jsem se cítila uvolněná, přátelská, zjistila jsem, že existují opravdu skvělé lidičky. Obrátili mě o 180° a teď beru na vědomí, že **žít je krásné**, a ne myslet jen na **sebevraždu**. Chci moc poděkovat, že jste mi otevřeli oči, ale i srdce. Nikdy na to nezapomenu!!!"*

Pacient 2

"První den očekávání, obava i strach z něčeho nového. Postupem příjemný relax za velkého přispění celého týmu terapeutů. Poznání ostatních lidí. Přátelství i sebepoznání. Ke konci únava i vyčerpání. Pro mě bylo 14 dní tak akorát. Určitě bych doporučila do budoucna i ostatním pacientům."

Pacient 3

"Do 14 denního programu s terapeuty jsem se dostala ve středu a okamžitě mě to nadchlo a plně vtáhlo do všech aktivit. Program byl velmi pestrý, zajímavý, čas nám všem ubíhal velmi rychle. Moc se mi líbil empatický přístup terapeutů a přizpůsobení programu počasí, které bylo mimořádně hezké. Přesto to byly 2 dynamické a velmi poučné týdny. Ať už jsme se díky aktivitám mohli nenásilnou formou dozvědět něco sami o sobě nebo druhých, zkusit si neverbální komunikaci, porozumět svým pocitům, zkusit se vcítit do druhých, bylo to vždy s humorem a s týmovým duchem. Úžasné bylo, jak rychle jsme se stmelili, ztratili ostych a postupně zapojili i ty, kteří jsou obvykle zamlklí či stydliví. Šárka s Reném nás krásně provedli všemi aktivitami jako naši kamarádi, což přispělo pocitu pohody a bezpečí. V posledních dnech toho byla důkazem závěrečná vlnka, kdy jsme kolektivně zažili pocity síly, bezpečí, uvolnění, přátelství a lásky. Tento program bych doporučila každému jako součást psychoterapie. Dle mého názoru by se mohl opakovat v jednotlivých cca 10 denních cyklech. Děkuji za možnost se zúčastnit a moc děkuji terapeutům za jejich vstřícný přístup i rady. Bylo to super!"

Pacient 4

"Jelikož jsem si osobně prošla vícero skupinami s terapeuty, budu srovnávat. Osobně se

mi líbilo seznámení a postupné sbližování všech osob ve skupině. Program byl pestrý a ba každý den dobře připraven. Určitě jsem se nenudil. Vytкну pouze to, že v programu mohla být například vycházka do terénu a v něm také zvolena nějaká hra apod. Co se délky týká, pro mne moc dlouhých 14 dnů, určitě bych zvolil a stačil by mi bohatě týden. Znovu na závěr musím pochválit terapeutů, kteří s námi pracovali úžasně, od srdce a s opravdovým elánem a nadšením. Díky moc!”

Závěr

Problematika osob s duševní nemocí, potažmo s jakýmkoliv zdravotním znevýhodněním, je velice diskutovaná. Teoretická východiska v této oblasti poskytují mnoho poznatků, různorodých návrhů a inkluzivních přístupů, které by se měly aplikovat do praxe. Inkluze je však věcí celé společnosti, každého jednoho člověka, ať už znevýhodněného nebo zdravého. Zahrnout někoho do společnosti i přes překážky, kterým čelí, je ušlechtilý čin, který pro mnohé zdravé členy společnosti znamená přizpůsobit se a vytvářet takové prostředí, ve kterém jsou si všichni rovni.

Je naprosto zřejmé, že k duševně nemocným lidem se musíme stavět s otevřenou náručí a poskytovat jim možnosti stejně jako zdravému člověku. Z této diplomové práce je patrné, že cesta ke znovu začlenění duševně nemocného člověka na trh práce je proces, který se nedá uchopit nějakým snadným teoretickým východiskem. Duševních chorob, jejich možných podtypů a různorodých syndromů je natolik, že udělat jeden konkrétní závěr je takřka nemožné. Pokud vezmeme v potaz i individualitu prožívání každého z nás, a tedy i rozdílné prožívání této duševní nemoci, jejich následků na individuality a další fakta z toho plynoucích, tak je patrné, že někteří jedinci nebudou mít na trh práce vrátit se sebemenší problém, ať už pro mírnější průběh jejich onemocnění, nebo pro méně závažnou diagnózu.

Ze tří určených diagnóz v této práci tedy nemohu vyvodit nic jiného, než že se tyto případy reintegrace na pracovní trh musí brát absolutně subjektivně. Jak jsem již zmínil výše, pacienti s duševními poruchami tvoří už tak široké portfolio pro jakousi kategorizaci, a pokud k tomu přidáme rozdílné smýšlení zaměstnavatelů na trhu práce v České republice, je prakticky nemožné najít případ reintegrace s absolutně totožným průběhem a výsledkem. Zatímco někteří dotazovaní neměli při své psychiatrické diagnóze nějaké větší problémy si práci buď udržet, nebo si najít jinou, pro jiné osoby se stala jejich duševní choroba takřka definitivní překážkou ve schopnosti pracovat.

I přes tyto dosavadní výstupy soubor aktivizačních metod a technik, který jsem vytvořil v akademické spolupráci s Mgr. Reném Pastrňákem Ph.D. in BA, je pomůckou, která prokazatelně za čtrnáctidenní cyklus osobám s rozdílnými diagnózami prospěl z rehabilitačního hlediska. V tomto cyklu jsem pozoroval výrazné zlepšení v sociálních interakcích a zvýšení sebevědomí, přičemž stejné informace obsahovaly i zpětné vazby od duševně nemocných, které těmito aktivitami prošly. V kombinaci s dalšími terapeutickými postupy tak nevidím problém v znovu začleňování těchto osob zpět do společnosti, nutno ovšem podotknout, že pouze do té míry, do jaké jim to jejich momentální situace umožní.

Uspěchané a nátlakové znovu začleňování těchto osob do pracovního procesu totiž paradoxně může těmto klientům více uškodit než prospívat. Z jednoho rozhovoru je totiž přímo patrné, že diagnóza jedné dotazované osoby byla natolik závažná, že se tato osoba prakticky stala nezařaditelnou do normálního pracovního procesu. Logicky se tak o takovéto lidi musí postarat náš propracovaný sociální systém, který by měl závažné diagnózy posuzovat do takové míry, že těmto osobám bude poskytována nadstandardní pomoc, bez které by se na dnešním normálním trhu práce neobešli. To však neznamená nedávat těžkým diagnózám šanci na návrat zpět. Délka reintegrace je koneckonců u každého pacienta jiná a probíhá také v závislosti na změně jejího zdravotního stavu. Jako problém tedy můžeme vnímat snahu o reintegraci lidí, kteří ještě nejsou plně rehabilitováni do takové míry, aby jejich duševní stav zůstal stabilizován i po návratu na pracovní trh, který se v České republice vyprofiloval po vzoru západoevropských kapitalistických zemí.

Jako univerzální výstup této práce bych doporučil zlatou střední cestu, kdy se duševně nemocným osobám budou povolané organizace a ústavy věnovat v takové míře, kterou samy snesou. V rámci inkluzivního prostředí by se totiž nemělo zapomínat, pro koho jej vytváříme. Dnešní trh práce má vysoké nároky obecně a vyslat člověka do nové pracovní etapy, aniž by na to byl správně připravený, ho může poznamenat ještě více a na delší dobu, takže bych doporučil vyhnout se rozhodnutím, u kterých si nebudeme stoprocentně jistí, že nebudou kontraproduktivní.

Seznam použitých zdrojů

Knihy a monografické publikace

ČERMÁK, Michal. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN isbn978-80-87181-08-9.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN isbn:978-80-247-4826-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 9788073670405.

HORÁK, Pavel. *Role lokálních projektů v české politice zaměstnanosti: evaluační studie projektu zaměřeného na zvýšení zaměstnatelnosti zdravotně postižených osob a osob starších padesáti let*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7489-7.

HUBÁLEK, Michal, Martina ŠTĚPÁNKOVÁ a Ladislav ZAMBOJ. *Trh práce a diskriminace*. Praha: Poradna pro občanství, občanská a lidská práva, 2008. ISBN 978-80-254-2662-3.

KANTOR, Jiří. *Společné a rozdílné v uměleckých kreativních terapiích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5124-4.

KUCHARŤ, Pavel. *Trh práce: sociologická analýza*. V Praze: Karolinum, 2007. ISBN 9788024613833.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

PLESNÍK, Vladimír. *Osvědčené metody a techniky z oblasti začleňování zdravotně postižených osob na trh práce*. Krnov: Reintegra, 2011. ISBN 978-80-254-8968-0.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-094-4.

Současná arteterapie v České republice a v zahraničí. Přeložil Jan SLAVÍK. Praha: Univerzita Karlova, 2000. S. 8. ISBN 80-7290-004-8.

SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

TEW, Jerry. *Social perspectives in mental health*. 2nd impression. Great Britain: Jessica Kingsley Publishers, 2005. ISBN 9781843102205. Trendy na trhu práce v ČR v roce 2018: souhrnná data o České republice. Praha: Český statistický úřad, 2019. Vícetematické informace. ISBN 978-80-250-2956-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Legislativní dokumenty

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Elektronické zdroje

Canisterapie: Význam pojmu canisterapie a jeho vývoj. *Canisterapie: Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík, z.s* [online]. [cit. 2020-07-12]. Dostupné z: <https://www.canisterapie.org/c-33-pojem-a-vyvoj.html?chv=normal>

Příspěvek na bydlení. *Mpsv.cz: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ* [online]. © Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-bydleni>

Příspěvek na mobilitu. *Mpsv.cz: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ* [online]. © Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-mobilitu?fbclid=IwAR13ZsV840PiS37aLUuqFeGacOXjRdq0QxLagM8J2JQMq82n_RV-3aRNfqQ

Příspěvek na péči. *Mpsv.cz: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ* [online]. © Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci?fbclid=IwAR3Hi1LvbwMCH91d1aBRoCBWRnJEmaW6Y0-2lSdW_alMgw7EvP6RgHUOqEY

VESELÍKOVÁ, Monika. Invalidní důchod 2020. Kdo má nárok a kolik dostane. *Peníze.cz* [online]. © 2000 - 2020, 30.1.2020 [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: <https://www.penize.cz/invalidni-duchod/412367-invalidni-duchod-2020-kdo-ma-narok-a-kolik-dostane?>

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 - Kresba pozitivního ostrova	66
Obrázek č. 2 - Moře emocí, emoční karty	69
Obrázek č. 3 - Jízda vlakem + očekávání víkendu	70
Obrázek č. 4 - Bez čeho si nedokážu představit ideální svět?	72
Obrázek č. 5 - Co je pravda?.....	73
Obrázek č. 6 - Oheň 12 měsíčků.....	76

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Rozhovor pro zaměstnavatele

Příloha č. 2 – Rozhovor pro zaměstnance/uchazeče o zaměstnání s duševním onemocněním

Příloha č. 3 – Rozhovor pro lékaře – psychiatra

Přílohy

Příloha č. 1 – Rozhovor pro zaměstnavatele

Otázka č. 1

Setkal/a jste se během své praxe s uchazečem o zaměstnání, který měl diagnostikovanou duševní poruchu?

Otázka č. 2

Pokud ano, vnímal/a jste tuto skutečnost jako znevýhodňující pro tohoto uchazeče oproti "zdravým" jedincům?

Otázka č. 3

Byl/a byste ochoten/na zaměstnávat člověka s duševním znevýhodněním i v případě, že by to znamenalo se tomuto uchazeči v určitých ohledech přizpůsobit? Je nutné poznamenat, že zdravotní stav této osoby by byl stabilizovaný a pod odborným dohledem.

Otázka č. 4

Jak obecně nahlížíte na problematiku zaměstnatelnosti osob s duševním onemocněním?

Otázka č. 5

Jaká úskalí dle Vás obnáší zaměstnávat osobu s duševní poruchou?

Otázka č. 6

Duševních poruch existuje široké spektrum. Jaké jsou Vaše znalosti z oblasti duševních poruch, vzhledem ke zvýšenému výskytu duševních poruch v západoevropské společnosti.

Otázka č. 7

Vnímate jako důležité přizpůsobit trh práce osobám s duševním znevýhodněním souvislosti se zvyšujícím počtem těchto osob? Jaký máte obecně názor na inkluzi v naší společnosti?

Otázka č. 8

Myslíte si, že tlak dnešní uspěchané západoevropské společnosti by mohl osoby s duševním onemocněním diskriminovat?

Otázka č. 9

Jaké byste navrhl/a možné řešení do budoucna, které by usnadnilo zaměstnávání osob s duševním znevýhodněním?

Otázka č. 10

Kdybyste byl/a lépe informován o této problematice, změnilo by to nějak Vaše postavení k osobám s duševním onemocněním a jejich zaměstnatelnosti?

Příloha č. 2 – Rozhovor pro zaměstnance/uchazeče o zaměstnání s duševním onemocněním

Otázka č. 1

Ucházel/a jste se o práci v době poté, co Vám již bylo diagnostikováno duševní onemocnění?

Otázka č. 2

Vidíte nějaký rozdíl v přístupu zaměstnavatelů k Vám, jakožto ke "zdravé" osobě a jako k osobě s diagnostikovaným duševním onemocněním?

Otázka č. 3

Je podle Vás obtížnější se jako osoba s duševním znevýhodněním ucházet se o a získat zaměstnání?

Otázka č. 4

Setkal/a jste se jakožto uchazeč o zaměstnání s diskriminací ze strany potenciálního zaměstnavatele z důvodu Vaší duševní poruchy?

Otázka č. 5

Setkal/ jste se s diskriminací i v tom případě, že místo, o které jste se ucházel, odpovídalo Vaší kvalifikaci a odborné způsobilosti? Myslíte si, že důvodem pro tuto diskriminaci (pokud nastala) bylo vaše duševní onemocnění?

Otázka č. 6

Měl/a jste pocit, že Vás Vaše duševní onemocnění připravilo o některé z kvalit, které jsou důležité pro získání zaměstnání? Pokud ano, popište prosím, jakým způsobem.

Otázka č. 7

Bylo Vaše duševní onemocnění důvodem ztráty Vašeho předešlého zaměstnání? Jak se vám změnil pracovní život poté, co Vám bylo duševní onemocnění diagnostikováno?

Otázka č. 8

Využil/a jste v rámci znovu začlenění se na trh práce nějaké podpory například ze strany Úřadu práce formou pracovní rehabilitace či jiného podpůrného programu v podobě psychoterapeutické skupiny, nebo jiné formy terapie?

Otázka č. 9

Jste v současné době zaměstnán se svou diagnózou? Ovlivňuje tato skutečnost Váš psychický stav?

Otázka č. 10

Považujete současnou nabídku podpory začlenění na trh práce za dostačující?

Příloha č. 3 – Rozhovor pro lékaře – psychiatra

Otázka č. 1

Pomáháte nějakým konkrétním způsobem svým pacientům ohledně návratu na trh práce? Pokud ano, jak?

Otázka č. 2

Mohl byste uvést, jaký je procentuální podíl Vašich pacientů, kteří o práci v důsledku své psychické nemoci přijdou?

Otázka č. 3

Stěžují si Vaši pacienti na diskriminaci ze strany zaměstnavatelů?

Otázka č. 4

Mohl byste popsat překážky, které u psychicky nemocného člověka nastanou při hledání nového zaměstnání? Existují nějaká konkrétní východiska, která tento problém řeší?

Otázka č. 5

Jaká je motivace u Vašich pacientů najít si práci? Jsou dostatečně motivovaní pro vstup na trh práce, anebo raději využívají sociálního systému České republiky? Mohl byste zde prosím nastínit nějaký poměr?

Otázka č. 6

Pokud si psychicky nemocný a stabilizovaný člověk najde práci, jaká je podle Vás šance, že si ji udrží?

Otázka č. 7

Jaké jsou možnosti pro Vaše pacienty před vstupem na trh práce? Jsou si vědomi různých podpůrných programů, které pro duševně nemocné osoby existují?

Otázka č. 8

Informujete své pacienty o možnostech, které v rámci pracovní rehabilitace mají?

Otázka č. 9

Jak vnímáte postavení psychicky nemocných lidí na trhu práce? Je mezi duševně nemocným a zdravým člověkem markantní rozdíl? Jste schopen vyjmenovat některé diagnózy, které s uplatněním na trhu práce víceméně nemají problém?

Otázka č. 10

Myslíte si, že v rámci inkluzivního přístupu mají osoby s duševní poruchou dostatečný prostor pro reintegraci, a to nejen na pracovní trh, ale celkově do normálního života?