

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**Husitská teologická fakulta**

**Sociální práce a činnost sociálního  
pracovníka s duševně nemocnými**

*(bakalářská práce)*

**Vedoucí práce: RNDr. Jana Leontovyčová, CSc    Autor: Lucie Kasíková**

**Praha 2009**

## **Anotace:**

S duševně nemocnými se setkávám již nějaký čas. Snažila jsem se jim poskytovat oporu a pomoc. V mé práci podávám přehled o základních pojmech, popisuji činnost sociálních služeb a přibližuji možnosti i komplikace, se kterými se duševně nemocný potýká. Dále nastiňuji činnost sociálního pracovníka a organizací, jež se duševně nemocným věnují. Na závěr popisuji cestu jednoho z klientů, jež je praktickou ukázkou toho, jak snadno se duševně nemocný může ocitnout v těžko řešitelné situaci a upozorňuji na potřebu organizací, jež těmto lidem pomáhají. Mezi nemocnými jsem poznala řadu vyjímečných lidí s pohnutými osudy. Cítím proto i potřebu o jejich problému hovořit a ráda bych se tímto tématem zabývala i v budoucnu.

## **Annotation:**

I am concerning myself with people with mental disorders already a fairly long time. I strive to provide them support and help. With this work I give an overview about the fundamental terms, characterize the activities of the social services and present the possibilities and complications concerning mental disorders. Further on I outline the work of social workers and organizations as far as they attend to mental disorders.

In the final part I describe the path of one of the clients, who represents a concrete example how fast people with mental disorders find themselves in a situation, that seems insolvable. I elaborate the necessity of the existence of organizations, which are able to provide those persons support and help. In the group of persons with mental disorders I recognized many remarkable individuals with touching fates. Therefore I see the necessity to analyze and to discuss their problems and situations and I would be glad to be able to continue concerning myself with this topic.

**Klíčová slova:** sociální práce, sociální pracovník, duševně nemocní

**Keywords:** social work, social worker, people with mental disorders

**Prohlášení:**

**Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.**

**V Praze dne 10.8.2009**

**Lucie Kasíková**

## Obsah:

1. Definice sociální práce.....	5
1.1. Metody sociální práce.....	6
2. Definice pojmu „ duševně nemocní “.....	11
2.1. Duševně nemocní ve statistických údajích.....	12
2.2. Příčiny duševních poruch.....	16
3. Obecná charakteristika problému osob s duševním onemocněním.....	17
3.1. Finanční situace.....	17
3.2. Stigmatizace nemocných.....	18
4. Historie péče o duševně nemocné.....	21
5. Duševně nemocní v systému zdravotní a sociální péče.....	26
6. Sociální pracovník v péči o duševně nemocné.....	30
7. Psychosociální rehabilitace.....	32
7.1. Historie psychosociální rehabilitace.....	33
Praktická část:	
8. Charakteristika zařízení poskytujících pomoc duševně nemocným.....	43
8.1. Eset-Help.....	43
8.2. Fokus Praha.....	47
9. Kazuistika-jeden z mnoha příběhů.....	48

## 1. Definice sociální práce

Nejnovější definicí sociální práce, na které se shodla Mezinárodní asociace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce určuje sociální práci jako profesi podporující změny, řešení problémů v oblasti mezilidských vztahů a umožňující lidem zvyšovat kvalitu jejich životů. Sociální práce se s využitím teorií lidského chování a sociálních systémů uplatňuje v situacích, kdy lidé a prostředí na sebe vzájemně působí. Základními principy sociální práce jsou lidská práva a sociální spravedlnost. Sociální práce je teoretickou i praktickou disciplínou vycházející z mnoha vědních oborů. Využívá poznatků psychologie, sociologie, ekonomie, práva, pedagogiky, lékařství a jiných vědních disciplin. Vzhledem k této své multiparadigmatičnosti dosud nebyla jednoznačně definována. Přes svou šíři záběru je však její úkol jasně vymežitelný: je jím snaha řešit na profesionální úrovni problémy lidí nacházejících se v obtížných životních situacích. Tyto situace jsou přitom v sociální práci pojímány v kontextu sociální reality, čímž se sociální práce výrazně odlišuje od jiných pomáhajících profesí. Tento pohled umožňuje sociální práci brát problémy člověka jako obtíže přesahující jisté hranice a ovlivňující nejen jeho samého, ale celé jeho sociální okolí.

Intervence sociální práce sahají od úrovně psychosociálních procesů až do roviny sociální politiky, plánování a rozvoje. Zahrnují přitom poradenství, individuální sociální práci, práci s rodinou, stejně jako snahy pomoci lidem získat služby a komunitní zdroje.

Sociální práce je založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na právech, která z toho vyplývají. Sociální pracovníci podporují a chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní integritu a blaho člověka. Z výše uvedeného vyplývá, že sociální pracovníci by se měli řídit těmito pravidly:

1. **Respektovat právo na sebeurčení** - sociální pracovníci by měli respektovat a podporovat právo lidí na provádění vlastních výběrů a rozhodnutí, nezávisle na jejich hodnotách a životních rozhodnutích, za předpokladu, že to neohrozí práva a legitimní zájmy druhých.
2. **Podporovat právo na participaci** - sociální pracovníci mají podporovat plné zapojení a účast lidí, kteří používají jejich služby, takovými způsoby, aby mohli dosáhnout zmocnění ve všech aspektech rozhodování a jednání, které ovlivňuje jejich život.
3. **Jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí** - sociální pracovníci by se měli s zajímat o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usilovat o rozpoznání všech aspektů života jedince.

**4. Identifikovat a rozvinout silné stránky** - sociální pracovníci by se měli zaměřovat na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit, a tak podporovat jejich zmocnění<sup>1</sup>

Sociální práce je aplikovaná společensko-vědní disciplína i oblast praktických činností, jejíž cílem je odhalování, vysvětlování a řešení sociálních problémů. Opírá se o společenskou solidaritu a naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, skupinám a komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění. U těch klientů, kteří se již nemohou uplatnit, podporují co nejdůstojnější způsob života. (O.Matoušek,2001)

## **1.1 Metody sociální práce**

Sociální práci můžeme rozdělit podle toho, na koho se zaměřuje. Použijí tedy dělení na individuální, skupinovou a komunitní.

### **Individuální sociální práce**

Původ individuální sociální práce je v USA. Za zakladatelku je považována Mary Richmondová. V pol. 19.stol. se předpokládalo, že příčinou chudoby a sociálních potíží jsou charakterové nedostatky. Richmondová při své práci kladla důraz na sociální vztahy jedince a na potřebu studia klienta prostředí. Za hlavní metody sociální práce považovala intervenci do klienta prostředí (tzv. nepřímou metodu) a rozvoj vztahu klienta a sociálního pracovníka (tzv. přímou metodu).

Základem pro vznik sociální práce zaměřené na minulost klienta byl tzv. Freudovský přístup, nazývaný též diagnostický. Představitelkou tohoto směru byla Hamiltonová, která zdůrazňovala právo jedince být sám sebou a právo vymanit se z manipulace autorit. "Volba způsobu života leží vždy na klientovi, nikoli sociálním pracovníkovi." "Jde o nejdůležitější a neustále platný princip individuální sociální práce. Hamiltonová také použila poprvé termín „psychosociální“.

Svůj přístup nazvala „organizmický“ to znamená, že jedinec a okolí se navzájem ovlivňují. Hollisová pak termínem psychosociální zdůrazňuje fakt, že jsou respektovány oba faktory, podílející se na vzniku klientových komplikací<sup>2</sup>. Problémy nejsou izolovaně přičítány jedinci, ale jsou chápány jako problém jednotlivce v situaci.

---

<sup>1)</sup> viz. [www.eassw.org/news.htm](http://www.eassw.org/news.htm))

<sup>2</sup> Hollis, F., Woods, M.E. Casework a psychosocial therapy. New York: Random House, 1981

Počátkem sedmdesátých let 20.století je individuální sociální práce ovlivněna tzv.systémovou teorií.Podle této teorie byl kladen obzvláště velký důraz na složitost a důležitost interakcí klienta a jeho prostředí.<sup>3</sup>

Další zemí, v níž docházelo k velkému rozvoji individuální sociální práce je Německo. Bylo tomu tak, hlavně v období po druhé světové válce. Vychází sice z amerických základů, ale její další vývoj se podstatně odlišuje, jelikož se rozvíjí na základě jiných tradic a společenských podmínek.

Významnými představitelkami byla např. Bangsová nebo Kamphiusová.

Od sedmdesátých let vznikají v Německu nové koncepty individuální sociální práce.Patří mezi ně koncepty navazující na psychosociální přístup, které kladou důraz na vzájemnou souvislost psychologických, sociálních a ekonomických podmínek a také institucionálních tlaků působících na sociálního pracovníka při analýze a řešení problému<sup>4</sup>.

Terapeutické koncepty přebírají postupy a techniky z různých terapeutických škol. Jednání orientované na terapii vytváří možnost navázání důvěrného vztahu s klientem. Sociální práci obohacují metody a techniky rodinné terapie.

Biograficky orientovaná případová analýza využívá etnografické metody narativního interview, kdy má klient během vlastního vyprávění větší šanci k prezentaci sebe sama a dává možnost sociálnímu pracovníkovi k hlubšímu porozumění.

Multifunkční koncepty vnímají vícerozměrnost problémů a rozporuplné cíle jednajících osob. Pomoc je určována podmínkami, které jsou k dispozici. Využívá se minimálně materiální podpory, nabízí se praktická pomoc v životních situacích a případně pedagogicko-psychologické poradenství. Dle podmínek se používají i metody skupinové a komunitní práce

Koncepty zaměřené na specifické cílové skupiny se přizpůsobují aktuálním požadavkům pro definované skupiny. Příkladem mohou být právě služby pro klienty s duševním onemocněním. Tyto služby jsou založeny na výše uvedeném multifunkčním přístupu a zahrnují individuální sociální práci.

Českou definici individuální sociální práce vytvořila Charvátová.,,Cílem individuální sociální práce je snaha, aby sociální klient změnil svoje vadné životní postoje a byl schopen samostatně řešit své osobní, rodinné i společenské problémy<sup>5</sup>.

V současné době lze definovat individuální sociální práci jako metodu sociální práce s jednotlivcem nebo rodinami, kteří potřebují podporu formou osobní(individuální)pomoci. Na klienta je nahlíženo individuálně. Mezi klientem a sociálním pracovníkem probíhá komunikace, jejímž cílem je vzájemné porozumění a společná definice problému.

---

<sup>3</sup>Hollis, F.,Woods, M.E. Casework a psychosocial therapy. New York: Random House,1981

<sup>4</sup> Hege,M.:Engagierter Dialog.Mnichov:E Reingardt,1974

<sup>5</sup> Charvátová,D.Metody sociální práce.Praha:SPN,1990,s.89

## Skupinová sociální práce

Skupinová soc.práce má své počátky v Anglii a její rozvoj souvisí s se sociálními změnami způsobenými průmyslovou revolucí. Velké množství lidí přicházelo z venkova do měst, kde hledali pracovní uplatnění. V městech však nenalezli adekvátní sociální zázemí a podmínky k životu byly katastrofální. Došlo k nárůstu kriminality a delikvence. Koncem 19 století byly podniknuty první kroky ke skupinové sociální práci Byla založena centra, která se nazývala settlementy. Ideou těchto settlementů bylo porozumět problémům v chudinských čtvrtích na základě spolužití s komunitou a vlastní aktivitou v životě komunity.Settlementy poskytovaly vzdělávání, program pro volný čas apod. Jednalo se o práci s chudými emigranty, nezaměstnanými, postiženými a jinak hendikepovanými lidmi. Z počátku byla sociální práce se skupinou zaměřena spíše na klubovou a volnočasovou činnost. Později v průběhu 30. let, dochází k její profesionalizaci a v 60. letech 20. století k vymezení definice skupinové sociální práce.

V Čechách je skupinová sociální práce definována Schimmerlingovou a Novotnou, jako psychosociální působení na skupinu lidí s nějakým společným znakem s cílem, aby se stali celistvou osobností nebo ji znovu objevili a mohli se celkově zdravě vyvíjet.

Skupina napomáhá k uvědomění si, že s problémem není člověk sám, že podobný problém, má i někdo další a že společně mohou hledat a nalézat cesty vedoucí k řešení těchto problémů<sup>6</sup>

Skupinová práce se podstatně odlišuje od individuální práce s klientem. Při skupinové práci dochází k interakcím nejen mezi klientem a terapeutem, ale i klient se ve skupině dostává do širších sociálních vztahů a jejich prostřednictvím pracuje na svém problému Velmi záleží na velikosti, skladbě a stylech vedení skupiny. Skupina nabízí větší nezávislost na terapeutovi a zvyšuje pravděpodobnost svépomoci. Členové skupiny se navzájem od sebe učí a podporují se.Sledují stejný cíl a toto společné sdílení podporuje rozvoj posílení sebedůvěry a odhodlání. Skupina také vytváří zpětnou vazbu, ze které člen skupiny může získat mnoho informací pro osobní rozvoj nebo může získat nadhled na své dosavadní jednání a informaci jak by měl jednat dál. Tyto informace však nezískává jen od terapeuta – určité autority, ale od lidí spojených určitým vztahem.

Skupina tedy pracuje na principu vzájemné podpory, poskytování možnosti výměny informací a pocitu sounáležitosti. Jednou z interakcemi skupinové práce je otevření se. Členové skupiny by měli být upřímní a mluvit pravdivě o svých pocitech. K projevování kritiky by mělo docházet formou konfrontace, která je důležitou proměnou v procesu růstu ve skupině. Při těchto procesech je důležité, aby skupinová práce měla dobré vedení, aby nedocházelo k tendencím úniku, jakými je mlčení nebo snaha se od skupiny izolovat.Vedoucí skupiny by měl nedirektivním přístupem pomoc vytvářet

---

<sup>6</sup> Novotná, V.,Schimmerlingová, V.:Sociální práce, její vývoj a metodické postupy.Praha:Univerzita Karlova, 1992



atmosféru skupiny, která podporuje sdílení a dokázal povzbudit i ty, kteří mají větší problémy s sžitím se skupinou

Existují jednotlivé směry práce se skupinou jako např. Morenův směr, který podněcuje u člověka spontánnost a tvořivost. Dále pak analytický směr, jenž je založen na principu přenosu nejen mezi terapeutem a klientem, ale i mezi ostatními členy skupiny. Potom transakční analýza (role dítěte, rodiče a dospělého v nás) atd. V práci se skupinou však můžeme použít jen některé prvky z jednotlivých směrů, zařadit to, co nám vyhovuje s čím se nám dobře pracuje.

Každá skupina má svou dynamiku, které se v této práci využívá. Každá skupina prochází určitými vývojovými fázemi, která nejsou nějak časově vymezená. Skupina si rychlost vývoje a přejítí z jedné fáze do druhé řídí sama. Některé fáze mohou proběhnout rychleji, některá pomaleji. Sociální pracovník, který skupinu vede, by neměl příliš zasahovat do tohoto tempa.

K jednotlivým fázím patří:

- **Fáze formování** – orientace v nové situaci, seznamování se člena skupiny, testování se navzájem, společná tvorba pravidel skupiny, vytvoření skupinového pouta.
- **Fáze bouření** – vznikají konflikty mezi členy, tvoří se páry, subskupiny. Členové se chtějí zařadit do skupiny, vytvořit určité postavení. Přicházejí pochybnosti, zda vůbec do této skupiny patřím, zda má pro mne význam. V této fázi je velmi důležitá intervence sociálního pracovníka, zvláště v přiměřeném zapojení a přijetí všech členů (to vše však musí být zcela nenásilnou formou) a v následné přenášení zodpovědnosti na členy.
- **Fáze normalizace** – je vytvořená skupinová soudržnost, jsou přijaty a akceptovány pravidla skupiny, členové se skupinou identifikují, přijímají také její cíl.
- **Fáze uskutečňování** – role sociálního pracovníka ustupuje na okraj. V této fázi je již skupina připravena pracovat na řešení problémů. Členové sami nabízejí nápady na další možnosti řešení.
- **Fáze zakončení** – cíl skupiny byl dosažen. Následuje ukončení činnosti skupiny. V této fázi je člen skupiny vědom, čeho dosáhl, co se mu podařilo a jak s tím, co s e naučil má dál pracovat.

Metodu skupinové sociální práce nelze využít vždy. Mezi klienty se mohou objevit i ti, jenž zažili během skupinové práce nějaké nepříjemné zážitky, např. silný tlak nebo ponižování. S takovými lidmi se nejprve musí pracovat individuálně, mají-li se později zařadit a bez větších problémů pracovat v nějaké psychoterapeutické skupině. Je proto důležité nejprve si dobře rozmyslet, koho do skupiny zařadíme.

## **Komunitní sociální práce**

Komunitní práce v pravém slova smyslu se rozvíjí až od začátku devadesátých let 20. století. Naprostou většinu programů začaly rozvíjet nestátní neziskové organizace. Prioritou komunitní práce je integrace handicapovaných zpět do společnosti a poskytování péče co největší měrou v přirozeném prostředí klienta. Další důležitou prioritou komunitní péče je orientace na zajištění následné péče po propuštění z lůžkové péče, především u dlouhodobých stavů onemocnění, kde je zapotřebí propojovat péči zdravotní a sociální. Komunitní práce si klade za cíl monitorovat pohyb klienta sociálně zdravotními službami ve městě a využívá systém klíčových pracovníků a plánů péče. Komunitní péče pracuje s celým socio-zdravotním zázemím klienta. Úspěšnost terapie je postavena na včasné práci se "zbytkovým potenciálem" klienta minimalizováním toho, co způsobuje chronifikaci nemoci.

## 2. Definice pojmu „duševně nemocní“

Do skupiny „osoby s duševním onemocněním“ lze zařadit ty, jejichž potíže jsou kódovány prostřednictvím diagnostických kritérií MKN 10 (decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů) nebo DSM IV (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)

- **F00 – F09- Organické duševní poruchy, včetně symptomatických**
- **F10 – F19- Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek**
- **F.20-29 schizofrenie, schizofrenické poruchy, poruchy s bludy**
- **F.30-39 afektivní poruchy( bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha)**
- **F.40-49 neurózy**
- **F.50-59 behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory-např. poruchy příjmu potravy**
- **F.60-69 poruchy osobnosti**
- **F.80-89 poruchy psychického vývoje– specifické vývojové poruchy, pervazivní vývojové poruchy (autismus) atd.**
- **F.90-98 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**
- **F.99 nespecifikovaná duševní porucha**

Tuto skupinu nemocných nelze vnímat jednotně, problémy osob v této skupině jsou heterogenní a každá diagnóza si vyžaduje specifický přístup. Některé potřeby však mají stejné. Atributem této skupiny je, že potřebují dlouhodobou, stálou péči a podporu.

Zaměřila jsem se na osoby trpící duševní nemocí z okruhu psychotických poruch (např. depresí, maniodepresivní psychózou, mánií, apod.), které jsou označovány jako psychózy. Lidé s psychotickým onemocněním mají kontakt s realitou porušen. Vytváří si ve svém nitru svět, který je odlišný od toho, který vnímají ostatní. Psychotické poruchy jsou velmi různorodé a mají rozdílnou míru závažnosti. Dle Rabocha a Pavlovského (2001) se jedná o následující poruchy duševních funkcí:

- poruchy kognitivních procesů (vnímání, paměti, myšlení, řeči);
- poruchy emocí a motivace (emocí, pudů, vůle);
- poruchy vědomí a pozornosti (kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí a pozornosti)
- poruchy osobnosti (paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, narcistické, pasivně agresivní, závislé)

Psychotické poruchy můžeme rozdělit do několika skupin (Praško a kol., 2005):

- akutní a přechodná psychotická porucha – diagnóza, jež se stanovuje na počátku při prvním záchytu poruchy nebo dekompenzace vyvolané drogou
- schizotypní porucha – stálý neměnicí se průběh nemoci
- indukovaná porucha s bludy – tento člověk není psychotický, ale žije v těsném vztahu s psychotikem (rodič, partner) a přejímá na sebe bludný systém;
- trvalá porucha s bludy – parafrenie, projevuje se hlavně bludy, které jsou konzistentní a ohraničené, vyskytuje se u lidí starších 40 či 50 let;
- afektivní poruchy – deprese, mánie a hypománie, maniodepresivní porucha
- schizofrenie

Od 80tých let je zastánci psychiatrické rehabilitace zdůrazňováno, že duševní nemoc se neprojevuje jen duševním (mentálním) defektem, či symptomy, ale projevuje se také značnými sociálními limity, nezpůsobilostmi pro určité činnosti, handicapem v různých oblastech. Dopady těchto potíží se ve velké míře objevují v sociální a společenské oblasti: nezaměstnanost, bezdomovectví, sebevražednost, stigmatizace, společenská izolace, marginalizace. Psychotické onemocnění zásadním způsobem dlouhodobě ovlivňuje život nemocného člověka a jeho okolí ve všech oblastech, včetně práce a zařazení do společnosti (snižuje schopnost jeho sociálního fungování). Vzniká tak potřeba odborné intervence psychiatra, sociálního pracovníka, terapeuta a dalších subjektů.

## **2.1. Duševně nemocní ve statistických údajích**

Nyní uvedu několik číselných údajů, které jsem čerpala z dat:

### **Mezinárodní zdravotnické organizace – WHO**

#### **Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR- ÚZIS ČR**

#### **Ministerstva práce a sociálních věcí**

Podle Světové zdravotnické organizace poruchy duševního zdraví představují pro evropský region druhou největší zdravotně sociální zátěž po stárnutí populace. Jejich význam a dopad je proto možno považovat za celospolečensky závažný. Z hlediska zdravotně sociálního je pro duševní nemoci charakteristické, že oproti jiným nemocem začínají v poměrně nízkém věku.

Duševní nemoc provází postiženou osobu kolem 19 % z celkového počtu roků jejího života, tj. zpravidla 15 let. Tyto roky jsou provázeny zvýšenou nemocností, pracovní neschopností, zhoršením kvality života, ztrátou životní pohody, mnohdy i invalidizací, ztrátou soběstačnosti či předčasnými úmrtími.

Až do roku 2001 platilo, že duševní poruchy a poruchy chování zaujímaly 5. místo, a to jak v částečné, tak i plné invaliditě, po kardiovaskulárních a onkologických nemocech (na 1. a 2. místě), nemocech pohybového a nosného ústrojí a nemocech neurologických (na 3. a 4. místě). Tento vývoj se začal po roce 2001 měnit a duševní nemoci stanuly na třetím místě jako příčina částečné invalidity a na čtvrtém místě jako příčina plné invalidity (kromě roku 2004, kdy byly na třetím místě). V roce 2007 bylo pro nemoci duševní a poruchy chování přiznáno 3 382 plných invalidních důchodů a 2 334 částečných invalidních důchodů.

Kvalifikované odhady (z roku 2005) pro evropský region uvádějí, že z celkových 850 mil. osob žijících v tomto regionu trpí až 100 milionů osob depresemi, asi 21 milionů

poruchami způsobenými nadměrným užíváním alkoholu, sedm milionů má Alzheimerovu chorobu nebo jiné formy demence, čtyři miliony osob mají schizofrenii.

Ve světovém měřítku je to 460 milionů lidí, kteří trpí nějakou duševní poruchou, 50 milionů má epilepsii, 24 milionů schizofrenii, 120 milionů je závislých na alkoholu. Každý rok milion duševně nemocných spáchá sebevraždu. Alespoň lehké neurotické příznaky jeví třetina populace. Psychiatrické nemoci vedou v délce hospitalizace a pracovní neschopnosti. A bude jich přibývat, neboť svět bohatne a stárne a organické změny v mozku způsobující demenci nebo Alzheimerovu chorobu zatím nelze zastavit, leda zpomalit. Skladba duševních onemocnění se mění již dnes: průměrného Čecha čeká v životě osm let zdravotních problémů. Deprese se mají do deseti let stát druhou nejčastější příčinou zdravotních potíží, hned po kardiovaskulárních nemocích. Psychiatrické choroby tedy mají mít závažnější následky než rakovina.

Nejméně 115 000, čili zhruba jedna desetina Pražanů, trpí psychickou poruchou. Tolik jich alespoň je v evidenci některé z 95 soukromých psychiatrických ambulancí a sedmi ambulancí ve státních zdravotnických zařízeních, v péči některého z osmi denních stacionářů nebo v hospitalizaci na některém ze dvou tisíců lůžek určených pro péči o osoby s psychickými onemocněními. Kromě toho slouží Pražanům i další zařízení, jako jsou např. krizová centra či tísňové linky. Celkem je během jediného roku alespoň jednou ošetřeno v pražských psychiatrických ambulancích nebo hospitalizováno v Psychiatrické léčebně Bohnice na 98 000 osob.

Po roce 2000 duševní poruchy a poruchy chování začínají mít dle odborníků charakter epidemie, a proto nabývají celospolečenské závažnosti a tím i ekonomické významnosti jak pro zdravotní, tak i pro sociální systémy a zaměstnanost i ve vztahu k otázkám sociálního začlenění či vyloučení<sup>7</sup>

V členských zemích Evropské unie umírá na následky deprese každoročně 58 000 obyvatel, což je pro srovnání zhruba počet občanů Děčína. Sebevrahů je tak více než obětí dopravních nehod, vražd či AIDS. Odborníci se obávají, že do roku 2020 se deprese stane v rozvinutých zemích nejvýznamnější příčinou nemoci. Mnohé náznaky už sledujeme i u nás.

Odborník rozezná depresi od prosté, špatné nálady, jenže zhruba třetina lidí s duševní poruchou se k němu vůbec nedostane. Kromě toho statistiky vycházejí z návštěv ordinací, ale velké množství lidí lékaře vůbec nekontaktuje. Leckdy mnoho lidí prožije život s nerozpoznanou psychickou poruchou. V Česku je takových asi jeden a půl milionu.

Právě skryté psychopatologie se týkal výzkum duševního zdraví, který v letech 1998 a 1999 organizovalo Psychiatrické centrum Praha. Centrální registr obyvatel náhodně vybral dva a půl tisíce adres z celé České Republiky. Na tyto adresy dorazili vyškolení tazatelé na hodinový diagnostický rozhovor. Odpovědi byly porovnány s příznaky duševních nemocí mnoha tisíců diagnostikovaných pacientů a následně byla vypočtena pravděpodobná diagnóza. Poruchy byly zjištěny u 27 procent zkoumaného vzorku.

---

<sup>7</sup> zpráva odboru posudkové služby MPSV

Obyvatelé vyspělých zemí trpí dvakrát více než ti z rozvojových. První důvod je očividný: čím delší život, tím větší riziko duševní choroby. Tím druhým je moderní životní styl.

Srovnali jsme se s tím, že za nezvládnuté požitky civilizace platíme obezitou, alergiemi, rakovinou, neplodností. Škála je však pestřejší: poruchy příjmu potravy, gamblerství, závislosti. Duševní zdraví ničí především život ve městě. Velkoměstský život vede k proměně psychiky. Dřívější mezilidská komunikace se proměnila v izolovaný akt.

Do psychiatrie putuje v ČR 3,5 procenta z veškerých výdajů na zdravotnictví, což je druhý nejnižší podíl v Evropě. Západoevropský průměr činí pět až deset procent, v nejtědřejším Lucembursku je to procent patnáct. Největší část peněz v tuzemsku získávají léčebny, které navzdory časté kritice zůstávají páteří české psychiatrie a kromě dlouhodobé péče suplují i akutní nemocniční péči. Citelně se u nás nedostává klinických psychologů, sociálních pracovníků a psychiatrických sester. Síť psychiatrických ambulancí je přetížená, stále chybějí krizová centra a denní stacionáře, zařízení s programy chráněného bydlení a zaměstnání.

Nová koncepce péče o duševní zdraví vznikala od devadesátých let a směřuje k podpoře schopnosti pacientů a jejich přirozeného zázemí tak, aby mohli žít samostatně. „Koncepce je hotová, zbývá velmi nelehký úkol získat politiky a pojišťovny,“ komentuje současný stav české psychiatrie profesor Raboch. Jeho obor se cítí státem přehlížen víc, než je – vzhledem k nastupující epidemii psychiatrických chorob – zdrávo.

Duševně nemocní nebo lidé s duševním postižením se v kontaktu s ostatními stále střetávají se strachem a předsudky, které se mnohdy zakládají na nepochopení problematiky duševních nemocí. Takové stigma zvyšuje osobní újmu, vyloučení ze společnosti, a může být například překážkou v přístupu duševně nemocných k bydlení či zaměstnání. Celkově způsobují duševní nemoci značné ztráty hospodářskému, sociálnímu, vzdělávacímu ale i trestnímu a soudnímu systému.

Řešení této nepříznivé situace navrhuje Komise evropského společenství ve svém dokumentu Zelená knih (Green Paper). Podobně reagovala i Světová zdravotnická organizace, která již v roce 2005 vydala Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu a Akční plán. Hlavním doporučením obou dokumentů je boj se stigmatem, prevence deprese a sebevražd a podpora duševního zdraví.

Velká pozornost je věnována ochraně práv duševně nemocných a jejich začlenění do společnosti. Uskutečňování takového přístupu však vyžaduje transformaci psychiatrické péče, tedy zásadní přesun těžiště péče z léčeben do nemocnic a do přirozeného prostředí pacienta, které je pro něj přátelštější.

To platí také pro Českou republiku, kde se 87 % lůžkové péče odehrává v léčebnách, kam proudí také největší část financí z rozpočtu státu. I přes vysoký medicínský pokrok jsou v nabídce služeb stále nedostatky.

## 2.2. Příčiny duševních poruch

Příčina onemocnění lidí psychózou není zatím přesně známa. Dr.Vágnerová (2004) uvádí, že podle současného stavu vědeckého poznání jde o společné působení řady faktorů - nepříznivých biologických a psychosociálních vlivů. Některé psychotické poruchy jsou vrozené, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, v němž nemocný žije, a událostmi, které prožil. Mezi biologické faktory patří především dědičnost. K významným negenetickým faktorům vzniku onemocnění patří špatná výživa v době těhotenství, virová infekce plodu před narozením, či poporodní komplikace. Tyto faktory vytvářejí dispozici, se kterou se člověk již narodí.

Aby se zmiňovaná dispozice realizovala ve vlastním onemocnění, je zapotřebí spolupůsobení tzv. psychosociálních faktorů. Těmi mohou být například nejrůznější tíživé situace, traumatizující životní události, dlouhodobý nebo opakovaný stres, vztahy v rodině apod. Kombinací těchto faktorů a biologické dispozice se vytváří předpoklad, či náchylnost k onemocnění, kterou představuje vrozená nadměrná citlivost a zvýšená zranitelnost. Lidé s psychózou mají proto výrazně snížený stresový práh, jsou citliví na změny a nadměrnou zátěž z okolního prostředí.

Tomuto pohledu na příčiny psychických chorob se říká multifaktoriální přístup. Pro srozumitelné pochopení vzniku duševních nemocí lze použít i tzv.,, model psychosociální vulnerability“. Podle kterého, každý člověk disponuje určitou silou osobnosti, mírou zranitelnosti, či naopak stability. V závislosti na tom je pak schopen snášet a zvládat určitou míru stresu.. Zranitelný člověk snadněji selhává v krizových situacích. Míra stresu, která u něj vyvolá vznik psychopatologických projevů, je nesrovnatelně nižší než u člověka stenického. Naopak stabilní člověk snese vysokou míru zátěže a symptomy duševní poruchy se u něj objeví až při působení silných, nebo kumulovaných stresorů.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Mahrová,G.:Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.Praha.Grada,2008



### **3. Obecná charakteristika problémů osob s duševním onemocněním**

Méně či více závažná psychóza brání člověku naplňovat požadavky prostředí a žít uspokojivý život ve stejném prostředí, v jakém se nacházel do propuknutí duševní nemoci. Dle Vágnerové (2004) funguje takto nemocný člověk podle zvnějšku nečitelných zásad a pravidel, chybí mu dostatečný náhled na svou chorobu a má narušený kontakt s realitou.

Lidé z této cílové skupiny v důsledku nemoci často ztrácejí schopnost udržet si bydlení, práci a adekvátní sociální vztahy, často nemají ukončené vzdělání. Pro tuto cílovou skupinu je nedostatek služeb ve všech životních oblastech – práce, bydlení (chybí zde chráněné bydlení na dobu neurčitou), volný čas a naprosto schází služba podporovaného vzdělávání, s různou intenzitou podpory pro lidi, kteří v důsledku své nemoci nedokončili či přerušili své studium, nebo si vzdělání chtějí zvýšit. Duševní onemocnění je charakteristické tím, že často zasahuje do celého života nemocných. Potýkají se nejen se samotným onemocněním, ale navíc se všemi dalšími následky. Vedlejšími účinky léků, narušenými vztahy, nízkým sebevědomím, ztrátou praktických dovedností a motivace během dlouhodobých hospitalizací.

#### **Finanční situace**

Řada osob s duševní poruchou musí řešit problém s nedostatkem finančních prostředků pro zajištění své existence. Častým problémem bývá přiznání invalidního důchodu. Ať už plného nebo částečného. Duševně nemocní často řeší problém s tím, že posudkový lékař správy sociálního zabezpečení při provádění lékařské prohlídky v rámci řízení o důchodovou dávku určí datum vzniku invalidity k pozdějšímu dni, než kdy fakticky vznikl dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. K tomuto dni je již často doba důchodového pojištění nedostatečná. Nárok na vyplácení invalidního důchodu tímto zaniká. Ke vzniku nároku na invalidní důchod pak může dojít jen tak, že pacient v budoucnu získá potřebnou dobu důchodového pojištění, což je značně ztíženo (na doplacení pojistného při dobrovolné účasti na důchodovém pojištění pacient nemá často dostatečné finanční prostředky, doba evidence na úřadu práce se započítává jen v omezené míře a v některých případech dokonce plně invalidní pacient nesmí být do evidence uchazečů o zaměstnání zařazen). Další důvod je ten, že nemocní svým jednáním (nedostavení se ke kontrole zdravotního stavu) často způsobí zastavení výplaty důchodu. Z důvodu nedostavení se na jednání pak často bývají duševně nemocní sankčně vyřazeni z evidence uchazečů o zaměstnání. Pokud nedojde k vyplácení invalidního důchodu je tento člověk sice nemocným uznán, ale nemá žádný nárok na finanční podporu. Odpovědnost se tak přenáší na jeho nejbližší. Pokud tabulkově jejich příjmy přesahují minima, musí se o člena rodiny postarat, bez pomoci státu. Častým problémem jsou i duševně nemocní, kteří žádné blízké nemají. Těm potom zbývá pouze nárok na dávky hmotné nouze, které na život, který by si tyto lidé zasloužili, absolutně nestačí. Mimořádné půjčky od úřadu města většinou nejsou v těchto případech schváleny. Při své práci jsem se setkala s řadou takovýchto případů,

kde se o právu na důstojný život dá jen těžko hovořit. Rovněž u příspěvku na péči někdy posudkoví lékaři úřadů práce postupují formálně a pečlivě nezjistí skutečné schopnosti nemocného v péči o vlastní osobu a soběstačnost, takže duševně nemocní na příspěvek nedosáhnou a nemají z čeho hradit sociální službu.

## Stigmatizace duševně nemocných

Slovo stigma je řeckého původu a je původním označením pro cejch, nebo značku. V dnešní době se stigma používá pro vydělení, oddělení, “jiných” lidí od “nás”. Člověk, který se nachází v neobvyklém vztahu ke světu, bývá často stigmatizován, jsou mu přisuzovány jisté vlastnosti a způsoby chování. V očích ostatních lidí je degradován, je nahlížen jako nekompetentní, jako “degenerovaný”.

Stigma souvisí s tzv. stereotypy a předsudky. Stereotypy dělíme dále na autostereotypy a heterostereotypy. Autostereotypy jsou představy a mínění, která mají příslušníci určité skupiny o sobě samých. Heterostereotypy jsou představy o členech skupin jiných. Pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Podstatou jsou historicky vleklé předsudky a tradiční interpretace. Předsudek má v sobě silnou emoční komponentu posilovanou společností a kulturou, která usnadňuje rychlé prosazení důsledků předsudku do chování lidí. Stigmatizace se může manifestovat jak pocitem méněcennosti nositele, tak znehodnocujícím přístupem okolí. Duševní porucha patří mezi stigmata působící hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu, jako jsou rodina a pracoviště. (Praško, 2001)

Stigmatizace může způsobit různé změny jak v prožívání, tak v chování stigmatizovaného. Často dochází k tzv. “selfstigmatizaci”, kdy se člověk diagnostikovaný cítí jako méněcenný, má tendenci se podceňovat, má pocit, že se nehodí do okolního světa (Jarolímek, 2002)

- člověk mění obraz o sobě samém a své chování pod vlivem “nálepky”, nebo aby se jí zbavil
- ve své historii hledá podporující důkazy pro své nové “stigma” důkazy pro svou novou identitu (ukotvuje se)
- člověk je redukován na svůj “soubor symptomů”, okolí mu přisuzuje atributy nové role

Lidé s duševním onemocněním se snadno a často dostávají do společenské izolace. Jejich handicap jim často nedovoluje přirozeně a volně budovat mezilidské vztahy, znesnadňuje jejich sociální kompetence a poškozují dříve vybudované vazby. Proces socializace a participace na sociálním životě je velmi důležitý. Obtížné je zvládnání

předsudků a stigmatu při užívání psychiatrické péče a vyrovnání se s tím, že v důsledku nemoci některé své role a ambice, které měli dříve, už nelze realizovat.

Stigma duševního onemocnění se netýká jen pacienta, ale i jeho rodiny. Dopad na rodinu je příčinou dlouhého váhání než vezme na vědomí, že jejich člen je duševně nemocný. Duševní porucha vrhá špatné světlo i na ostatní členy rodiny a v tom se rodina nemylí (Höschl, Libinger, Švestka, 2002)<sup>9</sup>

Stigma duševního onemocnění je charakteristické tím, že se jej nelze fakticky zbavit. I po řadě let stabilizovaného stavu se nemluví o klientech jako o zdravých lidech, ale o lidech, kteří jsou ve fázi remise onemocnění. Stigma může vést k posílení příznaků duševní choroby. Pacienti díky stigmatizaci mění své sociální chování. To sebou přináší značný stres. Omezují své kontakty s okolím, bojí se komunikovat a pokud komunikují, tak velmi opatrně. V důsledku horších životních podmínek a většího stresu se objevuje zhoršení nemoci. Dochází k chronifikaci nemoci a zvětšení stigmatu. Rozetnutí bludného kruhu je pro samotné pacienty a jejich rodiny velmi nesnadné. Dopady na nositele nemoci jsou tak značné, že se někdy mluví o stigmatu jako o „druhotné nemoci“. Pravdou je, že mnozí pacienti si více než na samotné příznaky nemoci stěžují na izolaci, osamocení a oslabený pocit vlastní hodnoty.

Díky stigmatizaci nevyhledávají pomoc, zvláště u nás, ani lidé s lehkými a středně těžkými depresivními fázemi a neurotickými poruchami. Deprese v Čechách není léčena ve vysokém procentu. Strach ze stigmatizace může být tak velký, že někteří pacienti dokonce mají strach o sobě více mluvit i před odborníkem a potíže bagatelizují. Jindy se snaží úzkost v sobě potlačit nebo ji chápat až jako důsledek tělesných potíží.

Stigmatizace je velmi negativní jev, který člověka udržuje v sociální izolaci. Stigmatizaci se dá bránit zvyšováním informovanosti veřejnosti. Jak veřejnými akcemi (přednášky, vystoupení) nebo prostřednictvím médií (reklama, filmy, dokumenty, články), případně integrací prostřednictvím tréninkových pracovišť.

Od roku 2004 probíhá projekt **Změna**, který se zaměřuje na destigmatizační kampaň duševních onemocnění<sup>10</sup>. Cílem projektu je zvýšení povědomí a znalostí o duševních poruchách a o možnostech jejich léčby. Pomocí systematické a dlouhodobé spolupráce s médii (tiskové zprávy, rozhovory, veřejné debaty, odborné diskuze s novináři) a vydáváním informačních letáků, brožur, seminářů apod. upozorňovat na problémy duševně nemocných, kteří trpí stigmatem, nezaměstnaností, sociální izolací, v důsledku diskriminace ve společnosti.

Dalším počinem jsou **Týdny pro duševní zdraví**. Tato humanitární a kulturní akce se konala poprvé v roce 1990. Od té doby se koná tradičně každý rok. Jejím smyslem je co nejvíce informovat veřejnost o problematice duševně nemocných, o mentální hygieně jako prevenci duševních onemocnění i o aktivitách organizací působících v sociálně zdravotní oblasti a tím přispět ke zlepšení postoje k duševně nemocným a větší toleranci ve společnosti.

Destigmatizace podporuje sociální integraci, což znamená změnu postoje lidí, kteří se bojí osob označených jako duševně nemocní, změnu postojů profesionálů, u nichž

---

<sup>9</sup> Psychiatrická ošetrovatelská péče, Venglářová, Marková, Grada

<sup>10</sup> více na [www.stopstigma.cz](http://www.stopstigma.cz)

nadměrný pocit odpovědnosti vede k příliš ochrannému postoji vůči nemocným, a u klientů ovlivnění zvnitřněného pocitu nekompetence a nezpůsobilosti(Carling 1995).

Řešení nepříznivé situace navrhuje Komise evropského společenství ve svém dokumentu Zelená kniha o duševním zdraví.. Podobně reagovala i Světová zdravotnická organizace, která již v roce 2005 vydala Deklaraci o duševním zdraví a Akční plán pro Evropu. Hlavním doporučením obou dokumentů je boj se stigmatem, prevence deprese a sebevražd a podpora duševního zdraví. Velká pozornost je věnována ochraně práv duševně nemocných a jejich začlenění do společnosti.

## 4.Historie péče o duševně nemocné

### Starověk

Ve starověku považovali lidé nemoci, at již tělesné či duševní, jako důsledek trestu vyšší moci nebo nadpřirozených sil. Obranou proti těmto nemocem byly různé amulety a zaříkadla nebo magické obřady a rituály. Později se objevují první zárodky léčitelství. Lidé začali používat k léčbě nemocí zdroje z přírody. Tuto léčbu měli na starosti vyvolení v kmeni tzv. šamani.

Velký rozmach péče o duševně nemocné nastal v Řecku a Egyptě. Z Egypta se dochovaly důkazy o chrámech, v kterých duševně nemocní pobývali a podrobovali se léčbě, která spočívala v tělesných cvičeních a různých hrách. Velký důraz byl kladen na tělesnou hygienu a pravidelný denní režim.

Jednou z vyjímečných osobností, která se zapsala do dějin lékařství byl Hippokrates (460-370 př.n.l.). Podle Hippokrata byl příčinou chorob vliv vnějšího i vnitřního prostředí. Základem byla správná diagnostika nemoci a individuální přístup k nemocnému. Pro všechny formy duševních nemocí používal termín paranoia. Hlavní léčebnou metodou u duševních chorob bylo odstraňování nadbytku některé z hlavních tekutin prostřednictvím dávidel, projímadel a pouštění žilou. K léčbě dále používal rostliny, minerály, zábaly a dostatek tělesného pohybu.

### Středověk

Ve středověku se k duševně nemocným přistupovalo s opovržením, nebo se strachem. Byly chápány jako nežádoucí, postižení trestem nebo posedlý ďáblem. Snahou bylo tyto jedince odstranit z běžného života, nebo někde izolovat. Jednou z možností bylo vyhnání mimo obec či město, nebo umístění na tzv. loď bláznů. Ve Vlámku a Porýní se těmto lodím, plujícím po tamních řekách říkalo „opilé koráby“.

Dochovaly se však i důkazy o jiném způsobu separace do tzv. „věží bláznů“. Do těchto věží byli duševně nemocní uzavíráni a byli jakousi atrakcí a podívanou pro ostatní občany. Další část nemocných byla zavírána do vězení.

V době středověku se k léčbě duševních nemocí používalo zaklínání, exorcismu a jiných metod, které byli spíše mučením, než formou léčby. Vedoucí postavení měla církev, která také určovala vývoj lékařství a proto také středověk je jednou z nejponurejších kapitol v dějinách péče o duševně nemocné. Historikové uvádějí, že během čarodějnických procesů v průběhu 16. a 17. století padlo za obět několik set tisíc osob a duševně nemocní v těchto číslech hrají významnou roli.

Minimum duševně nemocných pobývalo v klášterních nemocnicích řádu Alžbětinek a Milosrdných bratří. V době renesance pak přešla organizační a administrativní iniciativa z klášterních špitálů do správy městské. V této souvislosti je důležité poukázat na iniciativu královského města Znojma, kde byl v roce 1458 zřízen dům „Hospitale hominum rationem non habentium“, který byl určen výhradně pro zaopatření 5 – 15 duševně chorých. Tento dům byl výhradně dotován z městských prostředků. Šlo o první samostatný azyl pro duševně choré na území tehdejšího Království českého. V 17. století budoval své nemocnice na území Čech a Moravy Řád milosrdných bratří, například ve Valticích u Brna v roce 1605 a v Praze v roce 1620. Tomuto řádu bylo církevními úřady přímo uloženo, aby poskytovali péči duševně chorým osobám.

Počátek systematické péče o duševně choré začíná v Čechách až ve druhé polovině 18. století. Řád milosrdných bratří začal zřizovat při svých nemocnicích samostatná oddělení nebo pokoje pro ošetřování duševně chorých, zejména v Brně a v Praze roku 1783.

Pro duševně choré ženy bylo zřízeno samostatné oddělení v nemocnici u sv. Alžběty v Praze roku 1784. Obě tato oddělení byla v provozu do roku 1790, kdy byla otevřena Všeobecná nemocnice města Prahy a při této nemocnici byl odděleně vybudován samostatný ústav pro duševně choré s kapacitou 60-ti lůžek. Časem však tento ústav nestačil pro počet přijímaných osob, a proto byl v roce 1822 otevřen další ústav pro duševně choré v bývalém augustiniánském klášteře sv. Kateřiny s kapacitou 260-ti lůžek. V tomto ústavu mohla být psychiatrie považována jako samostatné odvětví medicíny. V roce 1821 bylo totiž na Pražské lékařské fakultě zavedeno

V této době nelze hovořit o léčbě duševně nemocných, kteří byli ve špitálech izolováni ve sklepních místnostech a v neděli či o svátcích byli v železných klecích umístěni na náměstích a sloužili k pobavení a obveselení ostatních spoluobčanů. Například v Brně byli takto vystavováni až do roku 1770.

## **Novověk**

Velký význam ve vývoji lékařství a vědy vůbec mělo osvícenství a nástup humanismu. Významným dnem pro duševně nemocné bylo 11. září 1793, kdy je v Paříži lékař Phillipe Pinel (1745-1826) vyvedl z podzemních kopek blázince Bicetre. Zaručil jim ošetrovatelskou péči a právo na svobodu. Postupně se snažil odstranit poutání duševně nemocných a nahradit vězeňský režim, režimem léčebným. Pinel je řazen mezi první psychiatry a považován za zakladatele novodobé ústavní psychiatrie.

Samostatné ústavy pro duševně nemocné se objevují až koncem 18. století. První vznikl v Londýně v roce 1751, další pak v Novgorodě roku 1776. Třetím ústavem byl ústav ve Vídni, založený roku 1784. V Čechách je za počátek systematické péče o duševně choré spojen s řádem milosrdných bratří, jenž začal zřizovat při svých nemocnicích samostatná oddělení nebo pokoje pro ošetřování duševně chorých, zejména v Brně a v Praze roku 1783.

Pro duševně choré ženy bylo zřízeno samostatné oddělení v nemocnici u sv. Alžběty v Praze roku 1784. Obě tato oddělení byla v provozu do roku 1790, kdy byla otevřena Všeobecná nemocnice města Prahy a při této nemocnici byl odděleně vybudován samostatný ústav pro duševně choré.

Pražský ústav pro duševně nemocné se nazýval Tollhaus („Toll“ bylo dřívější německé označení pro blázna). Jednalo se o dvoupatrovou budovu, která poskytovala péči 60 osobám, které pobývali v pokojích po dvou. V přízemí pobývaly ženy, v prvním patře pak muži a ve druhém nemajetní.

Opatrovníci a opatrovnice nesměli být svobodní, pocházeli většinou z nejchudších vrstev obyvatelstva a mimo péče o nemocné se starali o úklid. S pacienty bydleli přímo na pokojích.

Časem však tento ústav nestačil pro počet přijímaných osob, a proto byl v roce 1822 otevřen další ústav pro duševně choré v bývalém augustiniánském klášteře sv. Kateřiny s kapacitou 260-ti lůžek. V tomto ústavu mohla být psychiatrie považována jako samostatné odvětví medicíny. V roce 1821 bylo totiž na Pražské lékařské fakultě zavedeno „vyučování o choromyslnictví“ jako povinný předmět pro posluchače lékařství.

Velkou zásluhu o rozvoj psychiatrie v Praze získal Jan Theobald Held, který dokonale ovládal teoreticky i prakticky soudobé znalosti psychiatrie a problematiku duševních chorob. V ústavu pro choromyslné u sv. Kateřiny zřídil knihovnu, čítárnu, hudební místnost, zavedl léčbu prací, tělesná cvičení apod. Při ošetřování zdůrazňoval trpělivost, vlídnost a lásku k duševně nemocným. Snažil se zlidštit pracovní podmínky ošetřovatelského personálu a celkově zlepšit organizaci ústavu. Jan Theobald Held je považován za prvního českého psychiatra.

V 1844 byla do provozu uvedena další část ústavu, nazývaná Nový dům. Do této části byli umísťováni pacienti s nadějí na vyléčení. Ve staré části pak zůstávali dlouhodobě nemocní. Tento ústav s kapacitou přes 500 lůžek patřil ve své době k nejlepší v Evropě. Ředitelem ústavu se stal dr. Josef Gottfried Riedel, který byl žákem J.T. Helda. Zavedl muzikoterapii, arteterapii, hydroterapii a léčebný tělocvik. Součástí léčby byla i pracovní terapie. Pro obveselení pacientů byly v zahradě ústavu zřízeny kolotoče, kulečník a hřiště pro míčové hry. V roce 1840 se stal prvním universitním docentem psychiatrie v Čechách a později byl za zásluhy povýšen do šlechtického stavu.

Kapacita ústavu však po krátké době přestala dostačovat a proto byla zřízena v roce 1860 pobočka na Slupy. Pak v roce 1863 byl v Černovicích u Brna vybudován další ústav pro duševně choré s kapacitou 350-ti lůžek. Na jeho vybudování měl velké zásluhy Riedelův žák Josef Čermák. Další ústav byl zřízen v Kosmonosech.

Jedním z nástupců Josefa Riedela v pražském ústavu pro choromyslné byl Jakub Fischel, který dal popud k založení velkého ústavu pro duševně nemocné v Dobřanech u Plzně s kapacitou 800 lůžek, který byl dán do provozu v roce 1881 a jeho prvním ředitelem se stal psychiatr Josef Pick, který byl objevitelem degenerativního onemocnění, později nazvaného jeho jménem „Morbus Pick“ Jedním z nástupců Josefa

Riedela v pražském ústavu pro choromyslné byl Jakub Fischel, který dal popud k založení velkého ústavu pro duševně nemocné v Dobřanech u Plzně s kapacitou 800 lůžek, který byl dán do provozu v roce 1881 a jeho prvním ředitelem se stal psychiatr Josef Pick, který byl objevitelem degenerativního onemocnění, později nazvaného jeho jménem „Morbus Pick“.

V roce 1886 byla Karlova univerzita rozdělena na dvě samostatné univerzity, a to českou a německou. Toto rozdělení mělo za následek, že byla zřízena též samostatná česká psychiatrická klinika Karlovy univerzity v Praze. Prvním profesorem této kliniky byl Benjamin Čumpelík, který zřídil při klinice chemickou a histologickou laboratoř, vědeckou knihovnu a archiv. Druhým profesorem se stal Čumpelíkův žák Bohuslav Hellich, který byl v roce 1895 jmenován ředitelem ústavu v Dobřanech. Třetím profesorem české psychiatrické kliniky se stal opět žák profesora Čumpelíka Karel Kuffner, který řídil kliniku celých 34 let. Profesor Kuffner byl nejvýznamnějším českým psychiatrem a zakladatelem české psychiatrické tradice. Napsal českou dvoudílnou Učebnici psychiatrie, která měla ve své době vynikající úroveň a patří mezi klasická díla české psychiatrické literatury.

Další léčebny byly vybudovány v Opařanech (1887), Horních Beřkovicích (1890), Štemberku (1892), Bohnicích a Kroměříži (1909). V roce 1919 začíná další významná epocha v historickém vývoji české psychiatrie. V Brně byla založena nová univerzita s pěti hlavními fakultami. Na této fakultě byla též zřízena psychiatrická klinika, kde se stal přednostou žák profesora Kuffnera Karel Bělohradský, který vědecky dále pracoval na koncepcích svého učitele.

V období mezi I. a II. světovou válkou byl zaznamenán další rozmach české psychiatrie. V roce 1919 byla založena tehdy československá psychiatrická společnost.

V roce 1934 byla založena nová psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě s kapacitou 1200 lůžek.

V období II. světové války byli četní čeští psychiatři internováni v koncentračních táborech, kde mnozí z nich zemřeli.

Na Karlově univerzitě v Praze klinická výuka celých pět let stagnovala. Tuto mezeru se podařilo v Čechách a na Moravě vyplnit teprve po skončení druhé světové války. Byla obnovena činnost psychiatrických klinik v Praze a v Brně, a mimoto zřídila Karlova univerzita dvě samostatné lékařské fakulty v Plzni a Hradci Králové, při nichž byly též vybudovány psychiatrické kliniky s teoretickou i praktickou výukou studentů. Další univerzita, včetně psychiatrické kliniky byla zřízena v Olomouci.

Neméně intenzivní byl také rozvoj ambulantní psychiatrické péče. Bylo zřízeno kolem dvou set ambulantních středisek, z nichž část se věnovala pouze dětské psychiatrii.

Však také dětská psychiatrie má v Čechách úctyhodnou tradici: Zakladatelem pedopsychiatrie u nás je Karel Slavoj Amerling, který v roce 1871 založil v Praze ústav pro slabomyslné děti „Ernestinum“.



Vlastním zakladatelem je však Karel Herfort, který v roce 1902 založil v Praze první ambulanci pro dětskou psychiatrii a byl prvním docentem a profesorem psychopatologie dětského věku v Čechách. Přednášel zprvu pro pedagogy a defektology a v roce 1931 mu bylo umožněno přednášet v rámci výuky psychiatrie medikům lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Blízkým spolupracovníkem a žákem profesora Herforta byl Josef Apetauer, který na psychiatrické klinice v Praze založil první dětské lůžkové oddělení psychiatrické.

Do 21. století pak vstupuje česká psychiatrie jako moderní lékařský obor. Jsou dostupné účinné léky, které však nejsou bez nežádoucích účinků. Většina psychofarmak účinkuje preventivně, často se však klient nedá přesvědčit o nutnosti dlouhodobého užívání. V každodenní praxi jsme stále odkázáni na rozhovor s pacientem a pozorování jeho chování. Schopnost naslouchat a vcítit se zůstává základní dovedností, bez níž se žádný pracovník v péči o duševně nemocné neobejde.

Psychiatrie zaznamenala za poslední léta zásadní pokrok, to však neplatí pro názory veřejnosti na duševně nemocné. A tak i v dnešní době jsou pro většinu veřejnost nemoci duše velkou neznámou.

## **5. Duševně nemocný v systému zdravotní a sociální péče**

Nezastupitelnou úlohu v životě duševně nemocného je rodina, přátelé a komunita, ve které člověk žije. Duševní onemocnění ve většině případech ukáže na potřebu odborné pomoci. Často je tato fáze vyhledání odborné pomoci fází rizikovou. Velká část lidí se za svůj problém stydí, nebo si ho nepřipouští, nebo je nemoc okolím podceňována a člověk se snaží svůj „problém“ sám překonat. Duševní onemocnění je mnohdy záludné, má individuální průběh a je zahaleno mnoha mýty a předsudky.

Základní vlastností sociálního systému služeb by mělo být aktivní vyhledávání a nabídka možnosti další pomoci.

První kontakt je základním článkem systému péče. Každý pracovník sociální sféry by měl znát své místo a kompetence a také své možnosti. Poskytnou první kontakt si kladou za cíl hlavně nízkoprahová zařízení. Základním cílem je snižování rizik, která jsou s problémem spojena. Nejčastějším krokem bývá doporučení ambulance či kontaktního centra.

### **Ambulantní péče**

Ambulantní péče je základním článkem psychiatrické péče. Jejím úkolem je prevence, diagnostika, léčba a posuzování duševních poruch. Tyto ambulance mohou koordinovat péči o pacienta i v dalších zařízeních péče o duševní zdraví v komunitě. Někteří klienti mohou využít i jakýchsi mezistupňů, které kombinují pobyt v zařízení s odbornou péčí a pobyt doma. Tato varianta se osvědčila z důvodu blízkého kontaktu se svým prostředím a zázemím, které může být v mnoha případech nápomocné. Záleží však vždy na individuálním posouzení, jelikož domácí zázemí může být i kontraproduktivní. Důležitým faktorem je samozřejmě i dostupnost takového zařízení.

V případě, že tato ambulantní péče není dostačující, indikuje lékař léčbu v lůžkovém zařízení.

Přiznání si problému a nalezení odvahy jej řešit, zaslouží podporu a konkrétní pomoc.

## Lůžková péče

Na péči ambulantní může navazovat péče pobytová. Ta je spojena většinou s dlouhodobým pobytem v nemocnici, či léčebně. Lůžkovou péči můžeme rozdělit následujícím způsobem:

Psychiatrická oddělení nemocnic

Psychiatrické kliniky fakultních nemocnic

Psychiatrické léčebny

Sociální ústavy se speciální psychiatrickou péčí

Lázeňská psychiatrická zařízení

Podrobněji se budu věnovat psychiatrickým léčebnám. Část klientů je v těchto zařízeních dobrovolně na doporučení, část je pobyt nařízen soudem. (Nedobrovolnou hospitalizací se zabývá zákon o péči o zdraví 20/1966 Sb. a dále listina Základních práv a svobod a také Občanský soudní řád.) Pokud je nemocný hospitalizován nedobrovolně, musí zdravotnické zařízení tuto skutečnost ohlásit soudu do 24h. Do sedmi dnů musí soud rozhodnout o přípustnosti převzetí pacienta k nedobrovolné hospitalizaci. Po té je soudem určen opatrovník pro řízení. Pokud je hospitalizace přípustná o dalším průběhu musí soud rozhodnout do 3 měsíců.

Osobně jsem se účastnila návštěv několika pacientů v Psychiatrické léčebně Bohnice. Pavilony, které jsem navštívila na mne nepůsobily dobrým dojmem. Nedřívě se pacient dostává na tzv. přijímací oddělení. V uzavřených příjmových odděleních žijí pacienti obvykle i několik měsíců bez možnosti mít chvíli soukromí, v neustálém hluku a ruchu. Minimální doba pobytu je cca 1 týden, ale ve většině případů je to podstatně déle. Vzhledem k častému režimovému opatření uzamykání ložnic přes den se všichni pacienti pohybují ve společných prostorách a chodbách, kde je puštěná televize, vydává se zde jídlo, dochází k interakci s personálem. Nejsou zde „klidové zóny“, kam by se pacienti v případě potřeby mohli uchýlit a nalézt klid a soukromí. Terapie zde většinou neprobíhají. Překvapilo mě jednání s pacientem, který přišel na oddělení dobrovolně a odhodlán k léčbě, přesto chování sestry vzbuzovalo spíše dojem nařízené léčby. Myslím, že celková situace spojená s příjmem na PL je pro mnohé pacienty stresující. Nepochopila jsem proto, proč musel klient odevzdat osobní věci, jakými byl například obyčejný polštářek, či nějaký osobní talisman v podobě plyšového medvídka. Bylo mi zděleno, že je to z důvodu bezpečnosti. Rozbité okno na chodbě, mi však připadalo mnohem rizikovější.

Dalším problémem je umístování pacientů. Na příjmová oddělení jsou umístováni dobrovolně přichozí i ti, co mají léčbu nařízenou. Všichni jsou podrobni stejnému režimu uzavřených oddělení. Dobrovolně hospitalizovaní pacienti nemohou sami oddělení opustit a návštěvy jsou velmi omezené.

Společným znakem pacientů v těchto odděleních je neklid, nikoli diagnóza. Léčí se zde pohromadě pacienti s nejrůznějšími duševními poruchami, v různých fázích chorob, lidé s odlišným osobnostním profilem. Najdeme zde pacienty s poruchou osobnosti a chování, mentálně postižené pacienty, pacienty se schizofrenií apod. Pohromadě tak zde mohou žít pachatelé trestných činů s například psychicky a sociálně křehkými pacienty. V takovém prostředí je obtížné udržet řád, ale především zde nelze pracovat na terapii. Ani jedna skupina pacientů tak nedostává to, co by pro ni bylo prospěšné a naopak může docházet k prohlubování beznaděje a psychopatologie, k rozvoji šikany a zneužívání slabších silnějšími.

Na nevhodnou směs diagnóz na příjmových odděleních poukazují i lékaři a psychologové. A samozřejmě i pacienti. Ti uváděli, že někteří nově příchozí pacienti, např. v akutní psychotické fázi, je rozrušují a pacienti se jich bojí. Toto vyplývá i ze zprávy šetření ochránce lidských práv JuDr. Otakara Motejla jež podal podnět k šetření, které probíhalo v prvním pololetí roku 2008 a na počátku roku 2009.

Po zklidnění a zaléčení jsou pacienti překládáni na režimově i materiálně komfortnější oddělení, ale je možné se setkat v příjmovém-neklidovém oddělení i s pacienty pobývajících zde několik let. Ačkoli stávající koncepce psychiatrie hovoří o potřebě humanizace, tedy zlepšení podmínek poskytované péče, je psychiatrie v České republice dlouhodobě nedostatečně financovanou oblastí. Dotace postačují pouze na řešení havarijních stavů a zdaleka neodpovídají potřebám staletých objektů, do nichž jsou léčebny umístěny. Nedostatkem finančních prostředků jsou pak zvláště citelně postižení pacienti trpící demencí a těžce mentálně postižení. Zcela ojedinělé jsou bezbariérové přístupy, často chybějí výtahy, oddělení jsou velká a nepřehledná, to vše vyžaduje restriktivní přístup k pacientům. Zmatení lidé tak bývají omezováni ve volném pohybu, místo aby pro ně bylo vytvořeno co nejbezpečnější prostředí.

Léčebny se potýkají i s nedostatkem peněz na péči a upozorňují, že při kalkulaci ošetrovatelského dne nejsou zdravotními pojišťovnami brány v úvahu skutečné náklady. Léčebnám tak jen za péči chybí každý den asi 400 Kč na pacienta, tedy téměř 150 000 Kč na pacienta za rok. Síť návazných sociálních služeb není dostačující a proto v psych.léčebnách pobývají i pacienti, kterým by stačila ambulantní péče. Poměrně mnoho pacientů zůstává v psychiatrických léčebnách, jen proto, že díky dlouhodobé nemoci ztratili sociální zázemí a schopnost zapojit se samostatně do společnosti a pro něž adekvátní sociální služba chybí. Dále to jsou pacienti s mentálním postižením nebo staří lidé, kteří by sociální službu potřebovali i bez duševního onemocnění, ale které jejich onemocnění vylučuje z případného přijetí do existujícího zařízení.<sup>11</sup>

V důsledku této situace jsou pacienti nuceni trávit svůj život v léčebně, jejíž péče je drahá a režim i podmínky jsou zde hodně omezující. Současně jsou tím zatěžovány léčebny, které jsou nuceny řešit sociální situaci svých pacientů. Čelí navíc tlaku zdravotních pojišťoven, které se snaží zastavit platby na tyto

---

<sup>11</sup> zpráva ze šetření ochránce lidských práv v prvním pol.2008

„případy“. Tento problém nemohou vyřešit samotné léčebny, ale je zde nutná spolupráce příslušných ministerstev a samospráv.

Po pobytu v léčebně by měla navazovat tzv. doléčovací návazná péče. Po zkušenostech od klientů však vím, že tato péče často nenavazuje a je omezena na zprávu pro ambulantního lékaře a odpočítanými léky. Klienti se tak často po propuštění ocitají v nepřehledné situaci..

Úkolem sociálních pracovníků v léčebných zařízeních by mělo být sociálně právní poradenství, napomáhání resocializaci pacienta, spolupráce s rodinou a dalšími institucemi a odborníky.

Pokud následná péče navazuje na léčbu, zvyšuje se tak samozřejmě její účinek. Hlavním cílem je stabilizace klientova života. Tématem je problematika relapsu a stabilizace sociálního fungování. Řeší se vztahy s nejbližším okolím, vztahy v rodině a partnerské vztahy. Sociální práce v následné péči má hlavně podpůrný charakter. Klient často není schopen řešit své záležitosti bez pomoci, zvláště při jednání na úřadech.

Pomoc spočívá ve zpřehlednění situace ve které se člověk nachází a vytyčení cílů, které jsou však přiměřené dané situaci a pro klienta dosažitelné. Klient by měl postupem času začít jednotlivé záležitosti zvládat samostatně a sociální pracovník by mu měl pomoci jen v začátcích, nebo při komplikovaných situacích.

## 6. Sociální pracovník v péči o duševně nemocné

Profese sociálního pracovníka patří k relativně mladým povoláním. Vznik tohoto povolání se datuje od konce 19. a začátku 20. století, kdy docházelo k prvním pokusům o výcvik sociálních pracovníků. Historické počátky sociální práce vycházely z činnosti filantropických a charitativních organizací a zanícených jedinců minulého století. Povolání sociálního pracovníka existuje v naší republice od r. 1920. Tehdy nastupovali na pracovní místa první absolventi Vyšší školy sociální péče v Praze, založené v r. 1918.

Počátky vzniku Společnosti sociálních pracovníků se datují k r. 1921, kdy byla ustavena první Společnost sociálních pracovníků na území České republiky. V důsledku 2. světové války byla Společnost nucena ukončit svoji činnost. Tato byla opět obnovena po válce. V r. 1950 byla činnost Společnosti ukončena v důsledku politických změn. Vysokou aktivitou sociálních pracovníků byla Společnost opět založena a to v r. 1968. Ale již v roce 1970 byla snaha Společnost zrušit. Podařilo se přičlenit sociální pracovníky pod Společnost zdravotních sester při lékařské Purkyňově společnosti. Sociální pracovníci vytvořili v této společnosti samostatnou sekci a takto působili až do roku 1989.

Ke konci roku 1989 vzniklo fórum sociálních pracovníků se snahou o vznik samostatné společnosti. Dne 2. 6. 1990 se konala ustavující schůze Společnosti sociálních pracovníků, na níž bylo zvoleno předsednictvo a ustavena Společnost sociálních pracovníků ČR, kam přešly všechny dosavadní členky Purkyňovy společnosti. Od roku 1990 působí již samostatná Společnost, která byla registrována jako občanské sdružení. V současné době má 360 členů z celé České republiky. Práce pro Společnost je dobrovolnou činností, která napomáhá k rozvoji sociální práce a uznání profese sociálního pracovníka.

Sociální pracovník by si měl (dle Dr. O. Matouška) s pacientem, či klientem vytvořit vztah, založený na důvěře a respektu. Měl by být jakýmsi spojencem s okolním světem a nabízet možnosti a způsoby, jak se do běžného života navrátit, nebo se k němu přiblížit. Měl by chápat, že osoby s problémy v oblasti duševního zdraví, se liší nejen typem psychických problémů-diagnozou, ale i dalšími skutečnostmi, jako je prostředí, z něhož pocházejí, hodnoty a cíle, jimiž se řídí a i typem pomoci a podpory, které se jim dostalo. Měl by zmapovat zdravotně-sociální potřeby klienta a z nich vycházet. Rozdělit potřeby na naplněné a nenaplněné a vnímat rozdílnosti v potřebě podpory. Chápat a podporovat koncept údravy, jenž zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života a úspěšnou životní adaptaci i přes přetrvávající symptomy.

Sociální pracovník by měl klientovi poskytnout dostatek informací a kontaktů v souvislosti se situací, v které se klient nachází. Měl by pomoci v orientaci v systému sociální a zdravotní péče. Tzn. podat informace o nárocích, na které může pacient dosáhnout. Poskytnou informace o možnostech péče, vzdělání, zaměstnání, ale i možnostech právní pomoci, která bývá často využívána. Sociální pracovník musí umět získat informace o klientovy, o jeho zázemí, sestavit a realizovat plán pomoci, hodnotit výsledky. K tomu využívá schopnosti navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, být vnímavý a umět pozorovat.

#### Toto jsou čtyři základní komunikační dovednosti podle G.Egana (1986)

- fyzická přítomnost – často pracovník účelně pomáhá klientovi už jen tím, že se s ním setkává
- naslouchání – představuje schopnost přijímat a rozumět signálům, které klient vysílá. Ať už jde o signály verbální, neverbální, vyjádřené otevřeně, nebo skrytě
- empatie – představuje vhléd do světa klienta, vcítění se do jeho uvažování a pocitů, do jeho problémů, představuje schopnost reagovat na jeho chování s pochopením
- analýza klientových prožitků-schopnost nalézt, vyjádřit a popsat klientovy zážitky, chování a pocity, což vše umožňuje během zvládnání klientových problémů pracovat konstruktivně

Lidé, kteří se léčí s psychickým onemocněním, mívají většinou velmi komplikovanou sociální situaci. Sociální pracovník především pomáhá v zajištění chráněných pracovních míst, asistuje při vyplňování formulářů, zajišťuje také chráněné bydlení, sociální bydlení apod. Provádí nácvik sociálních dovedností, zajišťuje služby spojené se sociálním zabezpečením a zprostředkovává jejich dostupnost. Zabezpečuje také sociálně-právní poradenství.

Pomoc, která se klientům prostřednictvím sociálních pracovníků dostane, má veliký význam. Často je sociální pracovník jediným pojítkem mezi klientem a okolím.

Sociální pracovník využívá dvou principů - nabízení pomoci i přebírání kontroly. Záleží na situaci, v níž se klient nachází a na důvodech jejich spolupráce.

Dále záleží na charakteristice klienta a na schopnosti přijmout odpovědnost za situaci, v níž se nachází.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> M.Venglářová, Komunikace s lidmi s duševním onemocněním

## Vzdělání sociálních pracovníků

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydáním zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách stanovilo požadavky na pracovníky v sociálních službách .

Od 1.1. 2007 akredituje podle tohoto zákona vzdělávací instituce a vzdělávací programy jako kvalifikační kurzy pro tyto pracovníky.

Zajišťuje také čerpání prostředků z Evropského sociálního fondu, prostřednictvím kterého mají samospráva (obce a kraje), nestátní neziskové organizace a další organizace možnost čerpat finanční prostředky na vzdělávání svých zaměstnanců. Často je však odborníky upozorňováno na složitost administrativy s tím spojenou.

V oblasti péče o osoby s duševním onemocněním, chybí ucelená koncepce vzdělávání sociálních pracovníků, která by umožňovala plánování jejich odborného rozvoje, ale i definovala okruh znalostí a dovedností nezbytných pro vykonávání jejich práce.

Sociální pracovníci se mohou specializovat v několika oblastech:

**Psychiatrická rehabilitace, sociální rehabilitace, psychoedukace**

**Případové vedení – case management**

**Psychoterapie (rodinná, individuální, případně skupinová psychoterapie)**

**Na pomezí mezi rehabilitací a psychoterapií je trénink sociálních dovedností.**

## 7. Psychosociální rehabilitace

Psychosociální rehabilitace je proces, který pomáhá lidem s duševním onemocněním obnovit či zlepšit jejich pracovní a sociální fungování tak, aby byli spokojeni v prostředí, v kterém žijí, nebo které si zvolili, s co nejmenší mírou profesionální podpory.<sup>13</sup> Filosofii rehabilitace je přesvědčení a naděje, že každý člověk, at má sebevětší psychiatrické postižení je schopen rozvíjet své dovednosti a osobnost a zlepšit tak kvalitu svého života.

---

<sup>13</sup> Anthony, Cohen 1983, v Psychiatrická rehabilitace)



## 7.1.Historie psychosociální rehabilitace

Počátky psychosociální rehabilitace sahají do 50.let 20.století. Termín psychosociální se objevuje v souvislosti se zakládáním klubových center lidmi, kteří měli zkušenosti s psychiatrickou péčí. Základem byla víra ve vlastní schopnosti a vzájemná pomoc. Za průkopníka rehabilitace je považován holandský psychiatr A.Querido, který zřídil mobilní psychiatrický tým v Amsterdamu ve 30.letech 20.století. Querido se také zaměřoval na řešení finanční a sociální situace klientů.

K rozvoji psychosociální rehabilitace však dochází až v průběhu 60.letech, kdy vznikají komplexní centra denních aktivit. Zaměřují se na nácvik dovedností a rozvoj zdrojů podpory. Směřování psychosociální rehabilitace určovali představitelé komunitní psychiatrie a sociálních věd ( Caplan ). Byl jím především anglický psychiatr Bennet, který vycházel z poznatků A.Querida. Upozorňoval na ekonomické a sociální potíže, které hrají významnou roli při procesu rehabilitace. Rehabilitace má pomoci duševně nemocným vytěžit co nejvíce ze schopností, které jim zůstaly a tím dosáhnout optimální úrovně existence v co nejnornálnějším prostředí.

Dalším propagátorem psychosociální rehabilitace byl Anthony, který tvrdil, že předmětem psychosociální rehabilitace je zlepšení schopností lidí s vážnou psychiatrickou nedostatečností tak, aby mohli žít, učit se a pracovat s úspěchem a uspokojením v prostředí podle svého výběru, při co nejmenší profesionální intervenci.Anthony byl představitelem tzv.Bostonské školy.

Další významnou osobností je Van Weeghel.V rehabilitaci rozlišuje tři přístupy. Přístup zaměřený na problém, na vývoj a na prostředí. V přístupu zaměřeném na problém, je stanovena diagnóza a následně pak plány péče a intervencí.

Klientovou rolí je role pacienta. Vývojově zaměřený přístup se soustřeďuje na klientova přání a potřeby. Hlavním tématem je osobní růst a potřeby.

Z tohoto přístupu vychází řada psychoterapeutických proudů. Bývá však považován za nevhodný pro chronicky duševně nemocné pacienty, kteří nemusí být schopni zformulovat osobní cíle. V tomto přístupu musí sám klient určit svůj cíl a způsob jeho dosažení. Bez tohoto cíle není směr, kam směřovat klientův vývoj.

Smyslem přístupu zaměřeného na prostředí je zajištění terapeutického prostředí. Cílem je vytvoření, nebo udržení příjemného, funkčního a co nejpřirozenějšího prostředí. Klientovo prostředí je používáno jako pomůcka, která může zmírnit dopady nemoci a dodat podporu a bezpečí. Klient může být také posilován, aby se odvážil opustit toto bezpečné prostředí a zakusil nové aktivity a rozšířil tak své obzory.

### **Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci**

Autory tohoto díla jsou holandřané Jean Pier Wilken a Dirk Den Hollander. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci je dvouvrstevný: zaměřený na klienta a jeho okolí a na prostředí. Cílem rehabilitace může být podpora obnovy klientových schopností, nebo snaha naučit je žít s chronickou nedostatečností. Toho můžeme dosáhnout korekcemi klientova prostředí, sítí sociálních služeb, poskytováním sociální substitute, nebo učením klientova okolí, jak zacházet s klientovou poruchou a jejími projevy.

Komplexní přístup v sobě zahrnuje přístup zaměřený na problém, na vývoj i na prostředí. Cílem je pomoci klientovi vykonávat běžné činnosti, zatímco se učí akceptovat relativně trvalé postižení a možnost, že třeba bude potřebovat chráněné podmínky.

Psychosociální rehabilitace působí v několika úrovních: klient, jeho prostředí a společnost. Těžiště práce se postupně přemísťuje mezi těmito třemi úrovněmi. Snahou je asistovat klientovi k naplnění těch rolí, které sám preferuje, což znamená, že často musíme působit v několika prostředích nebo oblastech současně.<sup>14</sup>

Základními principy, které se objevují ve všech rehabilitačních přístupech, jsou podle Hollandera a Wilkena :

- Emancipace - znamená obnovu sociálních rolí. Souvisí se zplnomocňováním, procesem, kdy klienti prosazují svá práva a postavení
- Normalizace – znamená, že rehabilitační péče by měla klientovi pomáhat naplnit co nejvíce sociálních rolí. Normální v tomto kontextu neznámá, že klientovo chování by se mělo zcela přizpůsobit požadavkům společnosti, ale že společnost umožní klientovi se plně začlenit do života v komunitě bez ohledu na jeho dostačivost či omezení.
- Participace – je postupné podílení se klienta na procesu rozhodování, až k dosažení úplné autonomie.

## 7.2. Psychosociální rehabilitace v praxi

Na začátku práce s klientem se téměř vždy využívá rehabilitační diagnostika – šetření individuálních potřeb, silných stránek klienta a potenciálních rizik. Vhodným nástrojem k hodnocení potřeb dlouhodobě duševně nemocných je **Camberwellský formulář CAN** (Camberwell Assessment of Need), případně jeho zkrácená verze **CANSAS**<sup>15</sup> Pokrývá 22 oblastí, ve kterých může mít osoba s duševní poruchou potíže. Formulář vyplňuje obvykle klient i jeho klíčový pracovník. Zjišťuje se, jestli potřeba existuje, a pokud ano, jak je silná. Rozsah nenaplněných potřeb poté slouží jako východisko pro plánování péče, sestavení individuálního rehabilitačního plánu. Klíčový pracovník dále

---

<sup>14</sup> Marková E., Venglářová, Psychiatrická ošetrovatelská péče

<sup>15</sup> CANSAS (Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule) - Česká verze byla zpracována v rámci prací na projektu IGA MZ ČR NO/6656-3 „Model sledování, hodnocení a zkvalitňování komunitní péče o duševně nemocné“, autoři: Václava Probstová, Pavla Šelepová, Eva Dragomirecká, Hynek Kalvoda, Gabriela Sochorová, Ondřej Pěč.

sleduje, jak velká je míra pomoci, kterou dostává klient od příbuzných a přátel, případně některých místních služeb. Účelem šetření je zjistit, ve kterých oblastech klient

potřebuje pomoc (nenaplněná potřeba), ve kterých oblastech se mu jí dostalo (naplněná potřeba) a ve kterých oblastech žádnou pomoc nepotřebuje (jako „žádná potřeba“ se označuje nepřítomnost naplněné, nebo nenaplněné potřeby). Tato metoda napomáhá zvyšování účasti klientů na dosahování jejich cílů a uvědomování si vlastní životní situace. S problémy pomáhá psychologické a sociální poradenství.

V případě, že je problémů mnoho a bude nutná dlouhodobá podpora klienta ve více oblastech života, získává svého klíčového pracovníka. Spolu se snaží hledat dlouhodobý cíl spolupráce, který nebude obsahovat jen problém, ale spíše další životní perspektivu. Je v podstatě průvodcem klienta v jeho problému a napomáhá mu k dostupné péči. Je to specifická metoda komunitní práce, která spočívá v koordinaci péče pro klienta jedním klíčovým pracovníkem - case managerem. Ten je klíčovou osobou nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče, je koordinátorem práce týmu a zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče. Pro klienta je výhodnější, když klíčový pracovník disponuje spektrem nástrojů, metod a dovedností, v rámci kterých může volit ty vhodné pro konkrétního klienta s ohledem na míru a charakter jeho postižení, spíše než pevně stanovené metodické postupy.

Case manager, který je odpovědný za případové vedení klienta – koordinuje péči a služby (spolupracuje také s dalšími službami). Klientům poskytuje podle potřeby i osobní asistenci.

Role case managera mohou být různé, Stuchlík (2001) vyjmenovává:

- a) osoba, která klienty vyhledává a kontaktuje
- b) terapeut či poradce
- c) osoba, která hájí zájmy klienta („obhájce“)
- d) zprostředkovatel služeb poskytovaných někým jiným
- e) nákupčích služeb potřebných pro konkrétního klienta

Ve většině případech jde však o kombinaci všech těchto rolí.

Po vyhodnocení potřeb klienta je spolu s ním vytvořen **individuální rehabilitační plán**. Ten pomáhá klientovi a pracovníkovi služby při vlastní realizaci rehabilitace. K jeho zaznamenání se používá formulář, ve kterém jsou vyznačeny cíle, kterých chce klient dosáhnout, termíny, způsoby a podmínky splnění úkolů, označení osob, které mohou dosáhnout cíle pomoci. Používají se dva druhy plánů – krátkodobé a dlouhodobé. Je dobré, pokud je s klientem po vstupu do služby vypracován nejprve krátkodobý plán, který může více reagovat na aktuální potřeby klienta. Klienta pak rychlejší dosažení cíle motivuje k další spolupráci. V plánu je přesně vyznačeno, kdo a jak bude poskytovat klientovi podporu (snažíme se o zapojení přirozených zdrojů podpory – rodiny, blízkých osob). Pravidelné vyhodnocování rehabilitačních plánů se uskutečňuje minimálně jednou za 3 měsíce a jejich výsledky jsou zahrnuty do závěrečných zpráv při ukončení služby.

Dále je to **krizový plán**. Ten slouží k předcházení, popřípadě k řešení při zhoršení zdravotní stavu. Tyto plány nemají jednotnou formu, ale vždy obsahují tyto údaje:

kontakt na klienta

kontakt na ošetřujícího psychiatra

kontakt na osoby blízké

popis fází, ve kterých se projevuje zhoršení zdrav.stavu klienta  
( je dommluveno, jakou poskytovat podporu a co v tomto případě dělat.  
Zda navštívit klienta doma, či koho kontaktovat.)

Krizový plán, je dohodou mezi klientem a pracovníkem poskytující službu o tom, jak se projevuje zhoršení zdravotního stavu.( např. klient nekomunikuje s okolím, je nesoustředěný, nejí, nespí, objevují se halucinace apod.) Je dohodnuto, na koho se může v takovém případě obrátit. Zda a v jaké fázi může pracovník zasáhnout i bez souhlasu klienta.

Tento plán není sestavován s každým klientem. Jeho potřebnost určuje multidisciplinární tým a case manager.

Další metodou psychosociální rehabilitace jsou **motivační rozhovory**. Mají za cíl podpořit a povzbudit klienta k rehabilitaci. V jejich průběhu by si měl klient vyjasnit své cíle, kterých chce rehabilitací dosáhnout.

Klient může být zařazen do **motivační podpůrné skupiny**. Tu vede klinický psycholog společně s terapeutem. Jedná se většinou o menší skupinu, která se schází pravidelně, většinou jednou týdně. Klientům je poskytována podpůrná psychoterapie – zaměřená na současné problémy.

Využívána je také psychoedukace, tedy vzdělávání samotných klientů a jejich rodinných příslušníků. Dále krizová intervence v období relapsu onemocnění a nácvik jednotlivých praktických dovedností.

### **Zprostředkování doplňkové a návazné péče**

S ohledem na individuální potřeby uživatele může sociální pracovník zprostředkovat klientovi také další péči v jiných organizacích poskytujících služby pro lidi s duševním onemocněním nebo veřejné služby. Jedná se o informační podporu případně doprovod. Stěžejními principy úspěšné rehabilitace je: dobrovolnost, individuální přístup ke klientovi, pozitivní zaměření na silné stránky klienta a na budoucnost. Civilní a přátelské prostředí služby, které vyvolává pocit bezpečí a důvěry, je základní východisko pro další spolupráci s klientem. Řada situací je tak komplikovaných, že bez těchto principů všechny metody sociální práce selhávají. Více než příčinami onemocnění a symptomy je důležité se zabývat rolmi, které jsou pro klienty důležité a které chtějí naplňovat. Z toho je možné zjistit jaké dovednosti k tomu klient potřebuje. Velmi důležitým aspektem psychosociální rehabilitace je hledání perspektiv, jak žít kvalitní život navzdory nemoci. Pokud to shrneme, tak bezpochyby efektivní komunitní péče je taková, která je komplexní, koordinovaná, individuálně zaměřená, dlouhodobá a vede ke zlepšení.

*Když člověk s duševní nemocí bydlí, pracuje a hospodaří s penězi...znamená to ,  
že usekl hlavu drakovi*

*(vyjádření klienta)*

## **Bydlení**

Snahou je, aby se doba pobytu v nemocnici snižovala na co nejkratší dobu. Dlouhodobá hospitalizace přináší izolovanost od okolního světa, činí člověka závislým na nemocničním prostředí. vzniká tzv. hospitalizační syndrom. Snižují se sociální kompetence, pocit sebevědomí, pocit vlastní úspěšnosti. Propuštění z hospitalizace (především z dlouhodobé) bez kontaktů s původním prostředím či místní komunitou může vést i k bezdomovectví. Návrat domů však také nemusí být jednoduchý. Komplikované příbuzenské vztahy mohou přispívat k problematice duševního onemocnění, stejně jako život příbuzných může být značně zkomplikován onemocněním člena rodiny. Tito lidé potřebují vybudovat nové zázemí. Mohou mít problémy s péčí o sebe, protože ztratili nebo kvůli dlouhodobému pobytu v nemocnici ani nikdy nenabyli dovednosti potřebné k samostatnému fungování. Tito lidé potřebují komplexní podporu.

Cílem rehabilitačních služeb pro podporu bydlení je umožnit duševně nemocným lidem i přes individuální omezení a překážky samostatně a nezávisle bydlet, udržet, získat nebo zlepšit dovednosti a sebedůvěru potřebnou ke kvalitnímu životu v běžném prostředí, pomoci vytvořit stálý domov, umožnit separaci od primární rodiny, vytvářet alternativu dlouhodobým hospitalizacím v psychiatrických léčebnách a snižovat jejich počet. Dále pak umožnit využívat veřejné služby určené běžné populaci.

Existuje celá škála intenzity sociální podpory počínaje zařízením s 24hodinovým dohledem až po bydlení v samostatném bytě s minimální podporou a občasným dohledem.

Zvláštní formou chráněného bydlení jsou terapeutické komunity pro osoby závislé na drogách a rehabilitační zařízení pro dlouhodobý pobyt chronicky duševně nemocných. Velký podíl na vzniku těchto forem bydlení má Obecně prospěšná společnost Bona.

## **Komunitní ( skupinové) bydlení**

Je formou kolektivního bydlení s intenzivní podporou. Často jde o alternativu dlouhodobé institucionální péče. Služba probíhá ve zvláštních bytech nebo domech v blízkosti léčeben nebo v úplně běžné zástavbě. Podpora je zaměřená na každodenní život a je poskytována podle individuálních potřeb. Nezbytností je zajištění potřebné psychiatrické a ošetrovatelské péče. Chráněné komunitní bydlení je službou, která umožňuje dospělým duševně nemocným dlouhodobý pobyt ve skupině klientů. Hlavními prostředky rehabilitace je nácvik konkrétních sociálních dovedností v souvislosti s

bydlením. Dává příležitost naučit se za nepřetržité asistence terapeutického týmu nejen sebeobsluze, nakupování, vaření, úklidu, hospodaření s penězi, komunikaci s ostatními spolubydlícími, ale i organizaci svého volného času s cílem nabytí co nejvyšší míry samostatnosti potřebné pro život v nechráněných podmínkách.

## **Chráněné bydlení**

Bydlení se službami ve zvláštním bytě, který představuje (buď trvale nebo na přechodnou dobu) pro uživatele domov při trvalém nebo dočasném omezení schopnosti či možnosti využívat jiné, např. terénní nebo ambulantní služby, nebo i pomoc rodiny. Byt, kde je tato služba poskytována, je součástí běžné zástavby a uvnitř jeví všechny základní znaky běžného bytu. Existuje celá škála intenzity sociální podpory počínaje kolektivním bydlením s 24hodinovým dohledem až po bydlení v samostatném bytě s minimální podporou a občasným dohledem. Poskytuje se bez časového omezení.

Problémem chráněných bytů je nutnost splácet po dobu pobytu dva nájemy, což řadu klientů limituje. Služba tak bývá mnohdy dostupná spíše pacientům mladým, kteří ještě žijí s rodiči a chtějí si vyzkoušet či natrénovat samostatnou existenci. Následně se však vracejí do své primární rodiny, což nebývá mnohdy ku jejich prospěchu. Pro tyto i další klienty pak citelně schází sociální byty

## **Domy a byty na půl cesty**

Jedná se o střednědobé bydlení určené lidem, kteří opouštějí ústavní zařízení nebo institucionální léčbu nebo rodinu a jejichž schopnosti v oblasti péče o domácnost, prosazování práv a nároků a v dalších důležitých sférách psychosociálních dovedností jsou snižené. Dům na půli cesty je speciální ubytovací zařízení, částečně režimové, nenahrazující domov. Život v něm se má co nejvíce přibližovat běžné normě, zároveň se uplatňuje hledisko samostatnosti, nácviku sociálních dovedností a sociálního učení. Poskytování služby je omezeno obvykle půl až dva roky a s individuální možností prodloužení

## **Podporované bydlení**

Podporované bydlení je služba zaměřená na podporu a trénink dovedností potřebných pro samostatné bydlení, poskytovaná ve vlastním bytě pacienta. Z forem residenční péče nejvíce umožňuje život mezi běžnou populací. Pro klienta je stanoven klíčový pracovník. S tímto pracovníkem klient domlouvá schůzky, na kterých spolupracují na individuálním plánu, který podporuje cíle samostatného bydlení a řeší osobní problémy klienta. Pravidelně provádějí zhodnocení spolupráce. Problémem podporovaného bydlení je však dostupnost, jelikož není dostatečné množství pracovníků, kteří by zvládali návštěvy klientů, kteří jsou rozptýleni daleko od sebe.

## Práce

Význam práce pro duševně nemocné je obrovský. Nejen že napomáhá k potlačení sociální izolace, ale dodává tolik potřebný pocit sebedůvěry a zvyšuje kvalitu života. Podle druhu a charakteru nemoci jsou lidem nabízeny možnosti, jak se na trhu práce podílet. Od chráněných dílen, přes tréninková místa, až po podporu při hledání na otevřeném trhu práce. Součástí nabídky služeb jsou i tzv. job kluby. Práce v chráněné dílně přirozeně strukturuje den na čas práce a čas odpočinku, což má psychohygienické účinky, přispívá k duševní rovnováze, pomáhá aktivizovat a zachovává v lidské životě prvek reality. Pomáhá v procesu zotavení, v tréninku mezilidských kontaktů. Jednotlivá zařízení se liší podle míry podpory, kterou pracující klienti potřebují.

## Pracovní a rehabilitační dílny

Dílny jsou určeny pro cca 20 osob. Pracovní doba je zde zkrácena a je zde dbáno na příjemné a přátelské prostředí, bez přílišného tlaku na výkon. Tato služba je nabízena za stále podpory sociálních pracovníků. Je určena těm, kteří mají stíženou, nebo téměř nulovou šanci nalézt uplatnění na otevřeném trhu práce.

K této skupině patří i **tréninové resocializační kavárny**. V současné době existuje v Praze pět kaváren. Spojují pracovní rehabilitaci a styk s běžnou populací. Umožňují trénink komunikace a působí proti stigmatizaci.

Např. Kavárna v Jelení, Café na půl cesty (o.s. Green Doors), Café Práh. A další, které jsou určeny pro mentálně postižené (Atrium Café, Kavárna Vesmírna)

Prostory jsou též využívány ke kulturním akcím a výstavám umělcům, kteří k tématu duševní nemoc mají blízko.

## Sociální firmy a sociální družstva

Sociální firmy jsou samostatné provozy či podniky, které představují specifická pracoviště pro osoby s duševní poruchou. Provoz je podporován státními institucemi, event. sponzory a je zapojen do běžného tržního prostředí, často ve sféře služeb. Setrvání nemocného na pracovním místě není časově omezeno. Je učeno pro cílové skupiny, které mají obtížný vstup na volný trh práce a potřebují dlouhodobou a opakovanou pracovní podporu. Je vhodná i pro ty, kteří jsou schopni pracovat za náročnějších podmínek a zvládají rychlejší tempo, ale z důvodu znevýhodnění nechtějí, nebo nemohou sehnat místo na otevřeném trhu. Sociální firmy nabízí mezistupeň mezi chráněnou dílnou a běžnou firmou. Občanské sdružení Fokus stojí za několika zajímavými projekty na tomto základě.

Příkladem je např. **SF Zahrada**, která nabízí zahradnické práce a údržbu terénu a květin.

Dalším projektem je Jůnův statek Sociální firma **Jůnův statek** je restaurace s penzionem, která sídlí v obci Sedlec nedaleko Prahy. Sociální firma zajišťuje také pohoštění na menších akcích.

K tématu Sociálních firem se v Praze uskuteční konference s názvem Sociální firmová dimenze podnikání, v září 2009 na které se podílí Fokus Praha.

Dalším typem podpory je:

## **Přechodné zaměstnávání**

Rehabilitované osoby jsou zařazovány na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách mimo vlastní organizaci (nejčastěji pomocné administrativní práce, úklid apod.) na časově omezenou dobu (obvykle šesti měsíců) na zkrácený úvazek. Rehabilitace probíhá za individuální podpory sociálních pracovníků či sociálních terapeutů. Jedinec je za práci finančně odměňován (obvykle podle počtu odpracovaných hodin). Může absolvovat následně i více přechodných pracovních míst. Při výpadku či selhávání pacienta je nahrazen jiným nemocným nebo dočasně i pracovním terapeutem nebo sociálním pracovníkem. Součástí podpůrného systému je i klub zájemců o pracovní zařazení a vyhledávání vhodných pracovních míst.

## **Podporované zaměstnání**

Podporované zaměstnání nabízí podporu lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí vybrat, získat a udržet placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Probíhá jako placená práce v běžných pracovních podmínkách za kontinuální podpory pracovního konzultanta. Pracovní konzultant podporuje uživatele služby při výběru a hledání vhodného typu práce, při kontaktování zaměstnavatele a udržení se v pracovním místě. Míra podpory a doba jejího poskytování se odvíjí od potřeb jednotlivých uživatelů služeb.

Smyslem podporovaného zaměstnání je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří v důsledku zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění. V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytována podpora rovněž zaměstnavatelům uživatelů služby. Podporou a propagací podporovaného zaměstnání v České Republice se zabývá Česká unie pro podporované zaměstnání.<sup>16</sup>

## **Podpůrné edukativní programy ( Job klub )**

Program job klubu učí jak a kde hledat zaměstnání, seznamuje s právy a povinnostmi v pozici uchazeče o zaměstnání a následně zaměstnance. Dává praktické rady, jak obstat v konkrétních situacích souvisejících s hledáním zaměstnání. Klienti se zde učí napsat strukturovaný životopis, vyzkouší si, jak jednat se zaměstnavatelem, dovedí se potřebné informace z pracovní právní a sociální problematiky a především se setkají s lidmi, kteří mají podobné problémy jako oni. Cílem je především vzájemná výměna zkušeností a poskytování podpory. Jedinou podmínkou je skutečný zájem pracovat

---

<sup>16</sup> [www.unie-pz.cz](http://www.unie-pz.cz)



## **Sít' služeb zaměstnávání pro dlouhodobě duševně nemocné**

K přehlednější a lepší orientaci poskytovatelů i žadatelů o práci slouží projekt **Sít' služeb zaměstnávání pro dlouhodobě duševně nemocné**. Smyslem projektu je lépe připravit a pozitivně ovlivnit podmínky pro pracovní uplatnění lidí s dlouhodobým duševním nemocněním na alternativním i otevřeném trhu práce. Jde o výstup evropského projektu zaměřeného na vybudování sítě, na níž se podílel Fokus Praha společně s partnerskými sdruženími o. s. Green Doors a o. s. Eset–Help. Cílem bylo sladit postupy práce, provázat služby pracovní rehabilitace a zajistit jejich lepší návaznost. Výstupem projektu tak vznikl portál Mapa služeb<sup>17</sup>, který popisuje současné služby v oblasti zaměstnávání. Byly vytvořeny také tzv. profesiogramy, tedy přesné popisy pracovních pozic na jednotlivých pracovištích. Pokud přijde klient, se zájmem o pracovní uplatnění, má možnost pracovní konzultant nebo asistent mnohem lépe indikovat a nabízet vhodná pracovní místa podle individuálních potřeb a přání klienta. V rámci možností, které dává financování, situace na trhu práce a další okolní vlivy, je projekt docela úspěšný. Spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli zvyšuje pružnost služeb a je dobrým informačním servisem pro klienty i sociální pracovníky.

### **Záměr projektu:**

- vytvoření sítě služeb zaměstnávání zaměřených i na otevřený trh práce
- zavedení společných postupů do praxe partnerských organizací
- posílení kapacit odborného personálu a zvýšení jeho erudice
- zkvalitnění přípravy uchazečů na pracovní místa a jejich rekvalifikaci
- zaměření celkové světy na zaměstnavatele
- vyhledávání volných míst na otevřeném trhu práce
- poskytování pomoci zaměstnavatelům při vytváření pracovních míst pro dlouhodobě duševně nemocné

### **Trávení volného času**

Ve smysluplném trávení volného času mohou duševně nemocným lidem bránit různé překážky.

Je to např. finanční náročnost, odmítání duševně nemocných okolím, či strach duševně nemocných z okolí ( strach z nové neznámé situace, zvnitřnělá stigmatizace, problémy v sociálním fungování, vedlejší účinky léků, nízká sebedůvěra atd.). Dlouhodobě duševně nemocní žijí často izolovaně a sít' jejich sociálních kontaktů je velmi malá. Sociální pracovník má těmto lidem pomáhat jejich spojení se světem . Měl by nabízet a

---

<sup>17</sup> [www.mapasluzeb.cz](http://www.mapasluzeb.cz)

zprostředkovávat vstup do zařízení jako jsou např. centra denních aktivit, nebo tzv. peer programy, ale i jazykové kurzy a podobné vzdělávací programy.

## **Centra denních aktivit**

Jde o zařízení docházkového typu s volným přístupem. Mohou být místem prvního kontaktu a vstupem do dalších služeb. Poskytují emoční podporu, možnost trávení volného času, navazování společenských vztahů, tréninku praktických, pracovních a sociálních dovedností. Poskytují příležitost získávat právní informace. Mohou organizovat osvětové, informační anebo rekreační programy.

V rámci komunitních zařízení jsou v nabídce různé výlety, návštěvy kulturních akcí, vaření, čtení, společné sledování filmů, apod.

## **Svépomocné aktivity osob s duševní poruchou a jejich rodinných příslušníků**

Svépomocné organizace a hnutí se soustřeďují na obhajování a prosazování práv pacientů, poskytování informací (informační centra uživatelů), organizování klubových a rekreačních aktivit, popřípadě některých rehabilitačních služeb.

Existence svépomocných skupin má jasný účel – poskytnout psychickou podporu lidem trpícím psychickou poruchou a jejich rodinám. Svépomocné skupiny pomáhají vyrovnat se jak s psychickými problémy, tak se stigmatizovaným postavením ve společnosti. Svépomocná skupina využívá téměř všechny terapeutické faktory skupinové psychoterapie – zvláště altruismus, soudržnost, univerzalitu, chování nápodobou, dodávání naděje i katarzi. Je zde více empatických reakcí než v samotné skupinové psychoterapii, protože téměř chybějí interpretace a konfrontace. (Yalom, 1999).

Svépomocné skupiny vytvářejí také rodinní příslušníci. Vyměňují si zde zkušenosti o nemoci blízké osoby, o možných způsobech, jak na projevy nemoci reagovat a především si uvědomují, že tato nemoc nepostihla jen jejich rodinu.

## **7.Zařízení poskytující pomoc duševně nemocným**

### **7.1. Občanské sdružení Eset-Help**

Sdružení Eset–Help pomáhá lidem se závažným duševním onemocněním. Vzniklo v roce 1995. Posláním sdružení je rozvoj péče o duševní zdraví. Nabízené programy terapie navazují na existující zdravotnickou péči a rozšiřují nabídku služeb v oblasti rehabilitace, resocializace a psychosociálního i právního poradenství.

Pomáhají klientům, kteří zažili vícero hospitalizací, mají dlouholetou psychiatrickou diagnózu, jsou stále v péči psychiatra, berou léky a mají za sebou dlouhodobou psychiatrickou kariéru. I tak ale mohou zvládat při vhodné podpoře většinu záležitostí. Mezi klienty jsou velké rozdíly, někteří se bojí vyjít z domova a jiní jsou s menší podporou téměř soběstační.

Eset-Help se zabývá psychosociální a psychiatrickou rehabilitací. Součástí procesu rehabilitace je stanovování cílů, čemuž předchází zjišťování potřeb, silných a slabých stránek, a zdrojů klienta.

Na základě takového vyhodnocení se stanoví krátkodobé a dlouhodobé cíle. Vyhodnocení se koná v rámci každé služby, ať už se zaměřuje na práci, volný čas či bydlení. S každým klientem je naplánováno, co by chtěl změnit, a coby se měl naučit. Vždy se vychází z jeho potřeb. Modelů psychiatrické rehabilitace existuje několik. Práce s klientem je ovlivněna přede vším tzv. bostonskou školou a také eklektickým psychosociálně rehabilitačním přístupem, který do ČR v 90. letech přinesli Holanďané. Rehabilitace představuje v psychiatrii autonomní model práce s klientem, stejně důležitý, jako je třeba psychoterapie. A přestože přístup pracovníků v rehabilitaci může být v některých ohledech psychoterapeutický, cílem není klienty terapeutizovat, byť mnohdy mluví o velmi osobních věcech, zaměřují se na změnu, na cíl, kterého chtějí dosáhnout. Např. hledání zaměstnání prostřednictvím inzerátů, odpověď na něj a následný nácvik pohovoru. Bez vztahu vzájemné důvěry, bez pracovní aliance to ale nejde. Důležité je také to, že služby jsou komunitní. To znamená, že snahou je, aby klienti neměli podporu jen od profesionálů a služeb pro duševně nemocné, ale aby mohly využívat zdroje komunity. Když například klient z chráněného bydlení potřebuje využít internet, sociální pracovníce mu nedoporučí, aby si zašel k počítači, který je klientům volně přístupný v centru denních aktivit, ale poradí mu nebo i ukáže, že může využít přístup na internet v knihovně v místě jeho bydliště. Podobně s klienty nacvičuje překonávání ostychu a obav a podporuje schopnosti dokázat si říci o pomoc.

To všechno se klientům hodí k tomu, aby si dokázali poradit i bez pomoci sociální služby. Klienti jsou sociální bytosti, jejichž situace se do značné míry odvíjí od toho, jakou podporu dostávají od svého okolí a jak si poradí v každodenním životě.

Sociální služby by tyto dva aspekty měly pomoci rozvíjet. Stává se, že s klientem, který využívá více služeb, jsou týmy v úzkém kontaktu. Snahou je vytvořit tým na principu case managementu, multidisciplinární tým, který by pracoval s klienty s mnohonásobnými potřebami a také s klienty, kteří se obvykle ve službách z různých důvodů neudrží. Tým by zároveň koordinoval sociální a zdravotní služby, protože by v něm byl zastoupen jak sociální pracovník (case manažer), tak psychiatr, psycholog a terénní psychiatrická sestra.

## **Nabídka bydlení**

Součástí péče jsou dva chráněné byty. Klienti tam zůstávají většinou jeden rok, pak si musí najít jiné bydlení nebo se vrátí do rodiny. Dlouhodobě se také uvažuje o programu podporovaného bydlení, v jehož rámci by se pracovalo s klienty na nábízení dovedností spojených s bydlením v jejich vlastních domovech.

## **Kritérium pro zařazení do chráněného bydlení**

Do tohoto programu mohou být přijati lidé starší 18 let s diagnostikovaným závažným duševním onemocněním. Zájemce by měl být zaregistrovaný u zdravotní pojišťovny, v péči ambulantního psychiatra a přirozeně motivovaný k samostatnému bydlení. Kontraindikací pro přijetí je aktuální závislost na návykových látkách nebo akutní psychotický stav.

Žadatelé o vstup do tréninkového chráněného bydlení jsou většinou lidé, kteří sice někde bydleli nebo bydlí, ale jsou v obtížné situaci, například nebyli schopni platit za byt a nedokáží hospodařit s penězi, nebo se potřebují osamostatnit od rodiny a podobně. Trénink je zaměřený na dovednosti potřebné pro samostatné bydlení. Klient se naučí vařit, hospodařit s penězi, uklízet, prát. Spíše však než o trénink samotný jde o to, že klient potřebuje získat sebedůvěru, pocit, že věci dokáže zvládnout a zařídit si, co je potřeba, že nemusí být odkázaný jen na péči druhých.

Přirozeně je více žadatelů než míst v chráněném bydlení, sdružení totiž disponuje jen třemi místy v ženském bytě a třemi v mužském. Neexistuje pořadník, když se uvolní místo, je vybrán ten zájemce, kterému může služba nejvíce pomoci.

Rehabilitace v chráněném bydlení je časově omezena na jeden rok s možností případného půlročního prodloužení. Pokud je klient schopen pracovat a dostatečně si vydělat, může si najít bydlení, podnájem či ubytovnu. Může se také vrátit k příbuzným, ale v takovém případě je dobré s rodinou už dopředu pracovat, aby dokázala akceptovat změněnou situaci, to, že klient má nové dovednosti, a tudíž také může v domácnosti dělat řadu věcí, které předtím nedělal.

## Práce

Občanské sdružení Eset-Help nabízí možnost zaměstnání dlouhodobě duševně nemocných v tréninkové resocializační kavárně. Kavárna vytváří neformální prostor pro setkávání duševně nemocných, kteří zde pracují s hosty kavárny z řad veřejnosti. Cílem tohoto setkávání je zmírnění předsudků, které se k duševně nemocným váží. V prostoru kavárny probíhají výstavy výtvarných děl, fotografií či literární a hudební produkce. Kavárna dále nabízí možnost pořádání společenských a kulturních akcí (přednášek, besed a prezentací). Práce v kavárně je pro klienty možností vyzkoušet si a natrénovat řadu dovedností. Nejsou to jen pracovní dovednosti, ale také komunikace, denní režim, koordinace pohybů, myšlení a pozornosti. Je to souhrn různých činností, a tedy také řady dovedností. Doba nutná pro zapracování je individuální.

Na začátku rehabilitace je klientovi k dispozici sociální pracovník. Pak je ponecháván čím dál častěji bez přímé podpory, ale pořád v případě potřeby je mu pomoc na blízku. Sociální pracovník mu pomáhá k získání větší sebedůvěry a překonání strachu s neznámých věcí. Snahou je dosažení co největší samostatnosti. Základní doba práce v kavárně činí čtyři měsíce, dá se však prodloužit po domluvě klienta se sociálním pracovníkem o dva měsíce. Barmani chodí na tři hodiny denně, úklidové místo je na hodinu denně a výrobce toastů na čtyři hodiny denně. Zájemci tedy mají možnost si vybrat, které místo by jim vyhovovalo. Každé místo má své specifikum. Toastař vyrábí toasty v kuchyňce a je během směny více sám, barmani zase více komunikují se zákazníky.

Další službou je přechodné zaměstnávání. Je to sociální služba pro klienty, kteří si potřebují ověřit a nacvičit základní pracovní dovednosti, jako třeba přijít včas do zaměstnání nebo si zvyknout si na styk s dalšími lidmi. Během zaměstnání na přechodném místě, si klienti mohou vyjasnit, do jakého zaměstnání by později chtěli nastoupit a jaké jsou jejich možnosti.

Náplň práce klientů v přechodném zaměstnání tvoří pomocné činnosti, například pochůzky – roznášení pošty, pomocná administrativa – kopírování, nadepisování obálek, vkládání dopisů do obálek, úklid kanceláří nebo také úklid zahrady apod. Sociální pracovníce musí klienty na každém místě vždy zacvičit, což trvá týden až 14 dní. Klienti se na místech střídají po půl roce, povinností je zajistit pro každou organizaci kontinuitu, aby místa nezůstala neobsazená. S každým klientem je sepsána smlouva o sociální rehabilitaci a předem je domluven časový plán. Když se podaří najít firmu, která má zájem o zřízení přechodného místa, sociální pracovníce si samy chodí danou práci vyzkoušet a podle toho pak navrhuji rozvržení pracovní doby pro klienty.

Pracovní doba nesmí přesáhnout polovinu úvazku. Je to proto, aby klient nebyl zatížený jenom prací, ale měl také čas věnovat se spolu se sociální pracovnící reflexi celého procesu: náplni práce, adaptaci na nové prostředí, komunikaci s kolegy apod.

Na začátku se zjišťuje, zda služba podporovaného zaměstnávání odpovídá potřebám klienta a jestli klient splňuje kritéria služby. Když ne, jsou mu nabídnuty tréninkové služby. To je přechodné zaměstnávání či obchod nebo kavárna.

Cílem podporovaného zaměstnávání je najít klientovi místo na otevřeném trhu práce, za běžných podmínek. Klienti mají většinou zkrácené úvazky, pracují při částečném nebo plném invalidním důchodu. Místo se vyhledává podle jejich možností, schopností, dovedností, takže je výhodné, když se předtím osvědčí na přechodném místě. Mohou pak pracovat na podobném místě v podporovaném zaměstnání.

## **Další službou je centrum denních aktivit**

Cílem je, aby den obsahoval co nejrozmanitější aktivity a zároveň, aby měl den řád. Aktivitami jsou od arteterapeutických technik, kognitivních nácviků (například nácvik pozornosti), přes sportovní aktivity, po chození na výlety a výstavy. Plánují se s týdenním předstihem spolu s klienty. Podporovány jsou i svépomocné aktivity.

Otevřeno je ve všedních dnech od 10 do 16 hodin. Čas, který tu klienti tráví, je individuální. Denně se tu vystřídá zhruba 12 klientů. Někteří klienti sem chodí už několik let, našli si tu svoji roli, jsou například ve funkcích v klientské radě. Služba není časově omezena. Klienti se zde naučí adaptaci v neznámém sociálním prostředí a komunikaci ve skupině (10–12 lidí) a navzájem se podporují, když jim není dobře. Klienti sami nemají moc možností jak trávit volný čas a proto je tato služba vnímána velmi pozitivně. Společně si tak mohou zajít do kina, nebo vyrazit na výlet, což by sami asi těžko podnikli.

Další variantou pro trávení volného času a rozvoj dovedností je ergoterapeutická dílna. Ergoterapie je jednou z nejstarších metod v terapii duševních chorob. Tato metoda se opírá o zdravé složky psychiky nemocných. Ty pak dále podporuje, upevňuje a rozvíjí. Dokáže pozitivně ovlivnit tvořivost, budování sebedůvěry a vylepšuje sebehodnocení. Terapie by měla být cílená a má vycházet ze zjištěných problémů klienta. V rámci ergoterapie vytváří klienti řadu výrobků, ale není nutné mít „umělecké nadání“. Ergoterapie slouží k rozvinutí vlastní tvořivosti a pomáhá klientovi se aktivovat. Nejde o vytvoření bezchybného, dokonalého díla. Cílem je radost, kterou člověk pocítuje při vytváření svého výrobku a po jeho dokončení. Tato radost může být ještě umocněna obdivem od ostatních klientů či terapeutů. Samozřejmostí je i nezdar, který je pak rozebrán a terapeuticky zpracován. Je velmi důležité s těmito zážitky pracovat a naučit se je zvládat a přijímat jako součást běžného života.

## Fokus Praha

Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. Fokus Praha se zaměřuje na boj proti sociálnímu vyloučení duševně nemocných a realizuje služby pro jejich sociální začlenění. Civilní a přátelské prostředí služby, které vyvolává pocit bezpečí a důvěry, je základním východiskem pro další spolupráci s klientem. Bez dodržování těchto principů všechny metody sociální práce selhávají a nemají na čem stavět.

Fokus poskytuje spektrum psychologických, sociálních a zdravotních služeb pro lidi s duševním onemocněním založené na principech komunitní péče. Jedná se hlavně o služby psychosociální rehabilitace, které zahrnují pracovní rehabilitaci a zaměstnání Fokus provozuje šest chráněných a socioterapeutických dílen, dvě sociální firmy a Centrum podpory zaměstnávání.

V oblasti bydlení poskytuje Fokus chráněné a podporované bydlení, jak individuálního, tak skupinového typu. Provozuje také tři centra denních aktivit pro podporu v oblasti aktivního trávení volného času a sociálních vztahů. V rámci Komunitního centra Břevnov je poskytována ambulantní psychiatrická léčba, rodinná, individuální či expresivní –zážitkové(dramaterapie, arteterapie) psychoterapie.

Zde sídlí také terénní krizový tým složený z psychiatrů a sociálních pracovníků, který v případě nutnosti zasahuje po skončení obvyklé pracovní doby. Těžiště systému sociálních služeb tvoří čtyři tzv. regionální terénní komunitní týmy. Jsou zároveň vstupní branou do služeb organizace. Tvoří je obvykle pět až sedm sociálních pracovníků, kteří poskytují jak služby poradenské, tak spolupracují a provázejí klienty dlouhodobě jako klíčoví pracovníci, koordinátoři péče.

Řeší krizové situace, spolupracují s rodinou, doporučují do dalších rehabilitačních zařízení Fokusu Praha a zprostředkovávají další potřebnou podporu a péči. Terénní sociální pracovníci plní v systému služeb roli dlouhodobých průvodců procesem rehabilitace.

Drtivá většina klientů má diagnózu ze skupiny psychóz. Při této diagnóze hrozí návrat akutní fáze onemocnění. Podpůrné intervence sociálních pracovníků se snaží relaps pokud možno oddálit nebo alespoň minimalizovat jeho důsledky.

S častými atakami onemocnění se zvyšuje riziko prohlubování funkčního postižení např. na úrovni kognitivních funkcí. Každá výrazná krize bývá zároveň zátěží pro blízké lidi v okolí klienta a potenciální hrozbou pro jeho vztahy. Preventivní krizové plánování se využívá jako jedna z důležitých metod práce. Jinak může nastat řada různých krizových situací, způsobených například hmotnou nouzí klienta, špatnou rodinnou situací, nevhodným prostředím, v němž klient žije. Výhoda komunitních týmů je, že se nespécializují jen na jednu životní oblast klienta, ale dívají se na příběh a životní situaci klienta komplexně.

## 9. Jeden z mnoha příběhů

V této závěrečné části, uvádím příběh jednoho z klientů, který jsem si s jeho svolením zapsala a který byl také jedním z klientů, kteří mi poskytli své názory.

Klientem o.s. Eset Help je i pan M.H. Je mu 36 let, je svobodný a bezdětný. Vyučený zámečnický. Je v plném invalidním důchodu, bez nároku na jeho vyplácení. Otec pana M.H. zemřel v 50 letech na ca (rakovinu), matka ve 45 letech, také na ca. Sourozence nemá, od 24 let je úplný sirotek. Diagnózou pana M.H. je středně těžká až těžká depresivní porucha ( F 33 ), spolu se smíšenou poruchou osobnosti ( F 61 ). Je závislý na více psychoaktivních látkách ( F 19 ). Abstinuje již 9 let.

Podle pana M.H. se začaly problémy s depresí objevovat cca v 19 letech. Dětství nebylo příliš šťastné. Ve dvou letech přišel o otce a byl vychováván pouze matkou. Od 18 let žil sám. Matka zemřela když mu bylo 24 let. Tato skutečnost ještě více umocnila jeho depresivní stavy. V té době ještě žádnou lékařskou pomoc nevyhledal. Žil t.č. se svou partnerkou. V tomto čase se objevují i začínající problémy s drogami, kterými se snažil kompenzovat potíže s depresí. „Nebyl jsem schopný vstát z postele, jíst ani cokoli dělat. Ale věděl jsem, že musím, že to musím nějak překonat. Chtěl jsem se postarat o svojí partnerku, byla moje rodina, to jediný co mám“. Ještě jsem vůbec netušil, že mi něco je, připadal jsem si neschopný, k ničemu. Když jsem si to vzal, bylo mi líp. A hlavně jsem chtěl do práce a normálně fungovat“. ( t.č. užíval nepravidelně pervitin a alkohol ). V tomto čase se objevují časté konflikty s partnerkou, která již tušila, že něco není v pořádku. Po dlouhém přemlouvání, se spolu dostavili do psychiatrické ambulance. První návštěva pro oba měla být jistým odrazovým můstkem. Dopadla však velmi nešťastně. Lékař panu M.H. doporučil hospitalizaci a podal tuto skutečnost i z pohledu partnerky pana M.H. velmi neobratně. Pan M.H. hospitalizaci odmítl a celá návštěva byla pro něj velkým zklamáním. „Chtěl jsem jen poradit co s tím, nechtěl jsem hned do cvokárny“. Po tomto zážitku už nechtěl k jinému doktorovi. Báł se, že mu řeknou to samé. Rozhodl se tedy, že to zkusí zvládnout sám. V tomto čase narůstají i stresové situace v zaměstnání a celková krize se tak začala prohlubovat. Po cca 6 měsících se objevila silná ataka onemocnění. Pan M.H. se zamkl do pokoje a přestal absolutně komunikovat s okolím. Jeho partnerka kontaktovala tel. linku pomoci. Jelikož se nedařilo navázat s panem M.H. žádnou komunikaci, bylo nutné kontaktovat záchranou službu. Pan M.H. byl převezen po pořezání do nemocnice a poté do PL. Po měsíčním pobytu byl propuštěn. Měl se dostavit do psychiatrické ambulance a konzultovat další léčbu. Docházení do ambulance však nemělo skoro žádný efekt. Pan M.H. popisuje návštěvy takto: „Nejdříve jsem čekal vždycky skoro hodinu v čekárně. Když na mě konečně přišla řada, doktorka se mě zeptala jak se mám a jestli beru léky. Řekl jsem, že furt stejně, že ty léky nezabírají. Prej musím počkat, že to tak rychle nejde. Napsala mi recept a ať přijdu zase za čtrnáct dní. Nemoch jsem spát, bylo mi furt blbě. A ty dny doma byly děsný. Nic se neměnilo. Jen jsem byl partnerce na krku. Připadal jsem si k ničemu. Nic



nezabíralo. Prej mám počkat, ale jak dlouho... už jsem čekal tak strašně dlouho a furt žádná změna.“. Po cca 3 měsících se pan M.H. pokusil o

další sebevraždu. Tentokrát zkombinoval léky a pořezání. Našla jej partnerka.“ Skoro si na to nepamatuju, jen jsem věděl, že to chci zkončit. Už jsem nechtěl trápit princeznu. Všechno bylo k ničemu. Nenáviděl jsem se. Chtěl jsem to zkončit a mít konečně klid.“

Následoval další pobyt v PL. Při tomto pobytu se pan M.H. setkal s jeho nynější lékařkou, která však již v PL nepůsobí.“ Kdybych jí nepotkal, tak vím, že by se mi to do třetice povedlo. Už jsem věděl jak.“ Po propuštění začal pravidelně docházet do psychoterapeutické kliniky ESET Help. Nejen že mu byla upravena medikace, ale začalo se s ním i terapeuticky pracovat. Návštěvy probíhaly každý týden. V případě krize, mohl zatelefonovat svému case managerovi. Krize přišly, ale už ne tak silné a podařilo se je zvládnout. Byla mu přidělena sociální pracovnice, která mu pomáhá řešit i nahromaděné existenční problémy. Z důvodu dlouhodobé pracovní neschopnosti se dostal pan M.H. do existenčních problémů. Jelikož nebyl před nástupem pracovní neschopnosti nikde zaměstnán a v průběhu nemoci si pojištění neplatil, narostl mu u zdravotní pojišťovny značný dluh. Následkem toho mu byla nařízena exekuce na dávky nemocenské. Přidalo se i vyloučení z družstva a hrozba vystěhování z družstevního bytu, pro neplacení nájemného. Pan M.H. byl na začátku další cesty.

Jeho nemoc se zdála zaléčena, ale tlak existenčních problémů byl velmi silný. Nejprve bylo nutné pokusit se tuto špatnou situaci alespoň částečně stabilizovat. Ošetřující lékařka podala návrh k jednání o přiznání invalidity. Panu M.H. byla následně přiznán plný invalidní důchod. Jelikož však doba účasti na sociálním pojištění, potřebná pro uznání výplaty invalidního důchodu nebyla dostačující, ( scházelo 175 dní, s potřebných 5 let pojištění ), bylo rozhodnuto o zamítnutí výplaty invalidního důchodu. Na doplacení této potřebné doby pojištění však neměl finanční prostředky. Ocítl se tak zcela bez prostředků. Další možností bylo získání dávek hmotné nouze. Pan M.H. navštívil městský úřad a jeho sociální odbor. Sociální pracovnice se chovala nezúčastněně a zahltila jej množstvím formulářů, které musí vyplnit a nechat potvrdit.“ Když jsem to viděl, myslel jsem, že to nemůžu nikdy zvládnout, ale bez těch peněz se neobejdu, vyhodí mě z bytu a skončím na ulici. Na další schůzku šel už v doprovodu sociální pracovnice, která mu pomohla i ze všemi formuláři a nutnými potvrzeními. Vysvětlila i situaci pana M.H. a to pomohlo i k lepšímu chování ze strany úřednice.

Panu M.H. byla následně schválena dávka hmotné nouze, která však pokrývala jen zlomek nutných výdajů.

Další hrozbou bylo vystěhování z bytu a exekuce zdravotní pojišťovny. Jednáním s bytovým družstvem a doložením zdravotního stavu pana M.H. se podařilo tuto hrozbu odvrátit, za podmínky řádného placení nájemného a byl dohodnut splátkový kalendář na dosavadní dluh. Zdravotní pojišťovně byla zaslána žádost o prominutí penále a návrh na splátkový kalendář. Této žádosti však nebylo vyhověno.

Pan M.H. dnes pracuje, pravidelně se účastní terapií a bere léky. I přes velmi nízký plat zvládá platit sociální pojištění a doufá v pozdější výplatu invalidního důchodu.

“ Jde to těžko, ale musí to být. Jinak se dluhů nezbavím a bez důchodu to později bude ještě horší. Je vděčný za podporu, kterou mu v Eset Help dávají. „Bez nich bych to už dávno zabalil“

## **Závěr:**

Toto byl jen jeden z mnoha příběhů, se kterými jsem se setkala. I z něho je však patrné, jaká může situace duševně nemocných být a jak nutná je pomoc, která může jejich život zcela přehodit, na novou kolej. Tento příběh vypovídá i o potřebnosti takových organizací, jako je Eset Help, či Fokus, či Green Doors. Bez těchto lidí, bude počet duševně nemocných bezdomovců( v lepším případě )narůstat. Z rozhovorů s klienty vyplývá, že by mělo dojít ke zkvalitnění ambulantní péče. Co se týká Psychiatrických léčeben, pro klienty jsou spíše řešením při akutní krizi. Pociťují také nedostatečnou provázanost ústavní, ambulantní a komunitní péče. Řada klientů také upozornila na to, že po propuštění z Psychiatrické léčebny jim nebyla nabídnuta následná péče a sami si hledali možnosti, jak v léčbě pokračovat. Společným jmenovatelem je potřeba přesunu služeb z institucí směrem k udržení nemocných v jejich přirozeném prostředí nebo k návratu do něj a ke zkrácování hospitalizace na nezbytně nutnou dobu, ovšem za předpokladu existence alternativních služeb vně institucí.

## Seznam zařízení poskytujících služby pro duševně nemocné

- **Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP**,  
<http://www.psychoterapeuti.cz>
- **Česká psychoanalytická společnost**, Francouzská 110, 120 00 Praha 2, tel. 233 354 707, e-mail ČPS: [CPS@psychoanalyza.cz](mailto:CPS@psychoanalyza.cz) ,  
Psychoanalytický institut: [PICPS@psychoanalyza.cz](mailto:PICPS@psychoanalyza.cz) ,  
<http://www.psychoanalyza.cz/>
- **Česká společnost pro duševní zdraví**, Zvonařova 6, 130 00 Praha 3, tel, fax: 26272140, e-mail: [jiri.ledvinka@post.cz](mailto:jiri.ledvinka@post.cz)
- **Česká asociace pro psychické zdraví (ČAPZ)**, Lannova 2, 115 60 Praha 1, Poliklinika „Klimentská“, tel.: 02/ 24 80 22 20, 24 80 23 28, email: [capz@login.cz](mailto:capz@login.cz)
- **Eset - Help** - občanskoprávní sdružení rehabilitace a resocializace lidí s dlouhodobým duševním onemocněním a lidí trpících závislostmi, denní stacionář, tréninkové chráněné bydlení, klub pro klienty s poruchami příjmu potravy, právní poradna, anonymní psychologická poradna Hekrova 805, Praha 4, tel.: 290011990, 290012001 e-mail: [info@esethelp.cz](mailto:info@esethelp.cz)
- **Fokus Praha** - sdružení pro péči o duševně nemocné, tréninkové a vzdělávací kurzy, chráněné dílny, podpora bydlení a zaměstnávání duševně nemocných, rodičovský klub pro příbuzné duševně nemocných atd. Dolákova 24, 181 00 Praha 8, telefon 28553303, fax 2855 12 41 e-mail: [fokus@ecn.cz](mailto:fokus@ecn.cz)
- **Občanské sdružení Greendoors** - provozovatelé chráněných kaváren Café Na půl cesty a klubu s kavárnou V Jelení, Pujmanové 8/1219, Praha 4 - Pankrác, el.: 290 02 61 38  
Café Na půl cesty, centrální park - Pankrác, tel.: 290 05 26 15,  
<http://greendoors.webz.cz>  
**Občanské sdružení Baobab** - akce pro volný čas duševně nemocných, vzdělávací kurzy v centru volného času „Pujmanka“  
Pujmanové 8/1219, Praha 4 - Pankrác, tel.: 290 02 61 39
- **Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví - Centre for Mental Health Care Development - CRPDZ (CMHCD)**, <http://www.cmhcd.cz/>
- **Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví (AKS)**, Kamenická 25, 170 00 Praha 7, e-mail: [aks@cmhcd](mailto:aks@cmhcd),  
[http://mujweb.atlas.cz/Institute/asociace\\_komunitnich\\_sluzeb/onas.htm](http://mujweb.atlas.cz/Institute/asociace_komunitnich_sluzeb/onas.htm)

- **Remedium Praha** - sdružení pro podporu psychosociálních aktivit,  
Vinohradská 176, 130 00 Praha 3  
tel/fax: 2727 43 360 nebo 2727 43 666, e-mail: [remedium@remedium.cz](mailto:remedium@remedium.cz),  
<http://www.remedium.cz/REMIUM/>
- **Open the doors** - <http://www.openthedoors.com/>
- **The National Institute of Mental Health** - <http://www.nimh.nih.gov/>  
**Světová psychiatrická asociace** - <http://www.wpanet.org/>  
**Americká psychiatrická asociace** - <http://www.psych.org/>

#### Seznam použité literatury

- Černoušek, M. Šílenství v zrcadle dějin. Praha: Grada Avicenum, 1994  
 Höschl, C., Libinger, J., Švestka, J. Psychatrie. Praha: Tigris, 2002  
 Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum, 2000  
 Petr, T., eds. Po stopách psychiatrického ošetřovatelství. Praha: Psychiatrická sekce České asociace sester, 2003  
 Pěč, O. Týmová práce. ČS Psychiatrie, roč. 94, 1997  
 Stuchlík, J. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus Books, 2001  
 Votava, J. a kol. Základy rehabilitace. Praha: Karolinum, 1997  
 Charvátová, D.: Metody sociální práce. Praha: SPN, 1990  
 Matoušek, O. a kol.: Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001  
 Matoušek, O. a kol.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005  
 Matoušek, O. a kol.: Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003  
 Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999  
 Venglářová, M., Mahrová, G.: Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008  
 Venglářová, M., a kol.: Psychiatrická ošetřovatelská péče. Praha: Grada, 2006