

Specifika komunikace sociálního pracovníka s duševně nemocným klientem

Bc. Kateřina Bednaříková, DiS.

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina Bednaříková, DiS.**
Osobní číslo: **H150024**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Specifika komunikace sociálního pracovníka s duševně nemocným klientem**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k osobám s duševním onemocněním, komunikaci a sociální interakci.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých. Praha: Linde, 2010. Praktická právnícká příručka. ISBN 978-80-7201-801-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

NAVRÁTIL, Pavel. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.

ŠVARČÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce:

20. dubna 2018

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

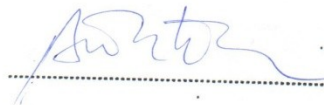
- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

16.4.2018



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

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

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Předmětem této práce je porozumět situaci osob s duševním onemocněním, které jsou klienty sociální práce sociálních pracovníků městského úřadu obce s rozšířenou působností Otrokovice a zároveň pochopit specifické rysy komunikace sociálního pracovníka s nimi. Práce je zaměřena na interakci mezi sociálním pracovníkem a klientem s duševní nemocí, podmínky jejich spolupráce, možnosti pomoci v rámci sociální práce a motivaci klientů užívat právě tuto formu pomoci.

Práce se rovněž zabývá tím, jak osoby s duševní nemocí rozumí své vlastní životní sociální situaci, jak ji prožívají a do jaké míry je v možnostech sociálního pracovníka obecního úřadu jejich situaci změnit.

Klíčová slova:

sociální práce, sociální a nesociální služby, duševně nemocný klient, sociální pracovník, komunikace

ABSTRACT

The object of this thesis is to understand the situation of people with mental illness, who are clients of social work of social workers of the municipal office of the municipality with extended competence Otrokovice and understand the specific features of social worker communication with them as well.

The thesis is focused on the interaction between the social worker and the client with mental illness, the conditions of their cooperation, the possibilities of social work help and the motivation of clients to use this form of support.

The thesis also deals with how people with mental illness understand their own social situation, how they experience it, and how far the possibilities of a social worker in a municipal office can change their situation.

Keywords:

social work, social and non-social services, mentally ill client, social worker, communication

Děkuji tímto panu Mgr. Jakobovi Hladíkovi, Ph.D., za jeho cenné odborné rady, připomínky, čas a ochotu při vedení diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Já to potřebuju říct osobě, která si to nechá pro sebe, nebo mi poradí, kam mám zajít, nebo co mám udělat. Ztratit tyto závazky, tak to je pro mě konec. To je konečná. Dokážu říct, že odmítnu nějaký věci, ale že bych toto ještě, jako normální život prožívám, ale s tím, co bude dál, nějaká nová překážka, tak budu muset jít za určitými lidmi, ať mi s tím pomůžou, nebo mi hrábne v hlavě z ničeho nic.“ (Respondent č. 3)

„Chceme-li, aby špatně fungující systém fungoval lépe, zaměřujeme se nikoliv na hledání poruchy, ale především na hledání lepšího řešení.“ (Kopřiva 1999, s. 130)

„Nemocní se uzdravují, ale řada z nich se nevyлéčí beze zbytku nebo jednou provždy, co však nelze vyléčit, s tím je možné se naučit žít.“ (Kalina, 2001, s. 9)

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DUŠEVNÍ PORUCHA	13
1.1 ZÁKLADNÍ PŘÍČINY DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ	14
1.2 TYPOLOGIE DUŠEVNÍCH PORUCH	15
1.3 CHARAKTERISTICKÉ SYMPTOMY OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	17
1.4 DŮSLEDKY ŽIVOTA S DUŠEVNÍ PORUCHOU	18
2 SPECIFIKA KOMUNIKACE	21
2.1 DRUHY KOMUNIKACE.....	22
2.2 NEDOSTATKY V INTERPERSONÁLNÍ KOMUNIKACI	23
2.2.1 Poruchy komunikace související s duševní poruchou.....	25
2.3 POMÁHAJÍCÍ KOMUNIKACE.....	26
3 ETIKA PŘI SOCIÁLNÍ PRÁCI S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	29
3.1 ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY	30
3.2 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PŘI PRÁCI S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	31
3.3 SOCIÁLNÍ A NESOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	33
4 INSPIRACE V NIZOZEMSKÉM MODELU	36
4.1 ZÁKLADNÍ PILÍŘE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ.....	37
4.2 FILOZOFIE OZDRAVNÉHO PROCESU.....	38
4.3 RECOVERY KONCEPT – CESTA K UZDRAVENÍ SE.	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	43
5.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
5.2 CÍL VÝZKUMNÉ PRÁCE	44
5.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR	44
5.4 VÝZKUMNÁ TECHNIKA	45
5.4.1 Polostrukturovaný rozhovor.....	45
5.4.2 Analýza spisové dokumentace a standardizovaných záznamů Jednotného informačního systému MPSV	45
5.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	46
5.5.1 Základní struktura rozhovoru.....	46
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU	48
6.1 ANAMNESTICKÉ ÚDAJE	49
6.1.1 Respondent č. 1	49
6.1.2 Respondent č. 2	50
6.1.3 Respondent č. 3	51
6.1.4 Respondent č. 4	51
6.1.5 Respondent č. 5	52

6.2	VÝSLEDKY VÝZKUMU – OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ	52
6.2.1	Kategorie Kontakt s rodinou – vztah s matkou, vztah s otcem	53
6.2.2	Kategorie Vztah se sociálním pracovníkem – kontakt se službou	56
6.2.3	Kategorie Vnější svět	59
6.2.4	Kategorie Nemoc – spouštěč - hospitalizace	63
6.2.5	Kategorie Vnitřní svět – osamocenosť - plány	72
6.3	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	76
6.3.1	Specifické rysy komunikace s duševně nemocným klientem	76
6.3.2	Naplnění potřeb a očekávání klienta s duševním onemocněním kontaktem se sociálním pracovníkem	77
6.3.3	Schopnosť osob s duševním onemocněním srozumitelně vyjádřit svá přání i nespokojenosť.....	78
6.3.4	Intervence sociálního pracovníka pomáhá v uplatňování práv a zájmů u klientů s duševním onemocněním a zabraňuje jejich sociální izolaci.....	80
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	83
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86

ÚVOD

Problematika duševních poruch dává velký prostor ke zkoumání a objevování. Toto téma je dosud nevyčerpané jak po stránce medicínské a psychiatrické, tak po stránce sociální a přesahuje do všech oblastí lidské společnosti. Nejsou doposud zcela objasněny příčiny duševních poruch, vyvíjí se medikace, léčba se začíná směřovat spíše psychoterapeutickým směrem, důraz je kladen na komunikaci mezi pacientem, lékařem a rodinou, ale také na následnou péči a pomoc v rámci ambulantní psychiatrie s podporou sociální práce. Přístup k osobám s duševním onemocněním je velmi složitý, základem je navázání důvěrného kontaktu, které je založeno na citlivé intuitivní komunikaci.

Autorka práce se více jak 10 let zabývá sociální prací s klienty s duševním onemocněním. Na základě získaných zkušeností ji čím dál více zajímají a neustále překvapují životní osudy klientů, jejich individuality, postoje a vztahy. Osobním přístupem a pravidelným kontaktem postupně odhaluje zvláštnosti tohoto onemocnění a s tím související specifika v komunikaci s osobami s duševním onemocněním.

Teoretická část práce se zabývá terminologií a oblastmi souvisejícími s duševní poruchou, komunikací, sociální prací a sociálními službami určenými pro cílovou skupinu duševně nemocných osob. Popisuje etickou stránku sociální práce a dotýká se i postavení duševně nemocného ve společnosti. S osobami s duševním onemocněním je velmi obtížné navázat hlubší osobní kontakt, specifická duševní nemoci jim často brání v komunikaci se společností. Sociální pracovníci obecních úřadů, společně s pracovníky sociálních služeb, jsou často jediní, kteří s touto cílovou skupinou osob pracují. Mnohdy naprosto odlišné vnímání světa ze strany těchto klientů s sebou nese jistá specifika ve způsobech komunikace mezi sociálním pracovníkem a duševně nemocným klientem. Současně existuje poměrně velké napětí mezi potřebami klientů, očekáváním sociálního pracovníka a požadavky okolní společnosti. Nastavení spolupráce s duševně nemocným klientem je tak plné etických dilemat a velmi obtížných rozhodnutí a není náhodou, že systém péče o duševně nemocné osoby je v současné době předmětem mnoha reformních úvah a pilotních projektů.

V praktické části práce je proveden kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s duševně nemocnými klienty sociálních pracovníků obce s rozšířenou působností. Tento výzkum si klade za cíl prozkoumat, jaké specifické rysy a znaky má komunikace sociálního pracovníka a klienta s duševním onemocněním, jestli jim tento kontakt pomáhá naplnit jejich potřeby a očekávání, aby mohli plně rozhodovat o svém životě.

Autorka pracuje jako sociální pracovník na oddělení sociální pomoci Městského úřadu Otrokovice. Výsledky výzkumu může využít přímo pro další nastavení sociální práce s touto cílovou skupinou a při cíleném zaměření dalšího profesního vzdělávání sociálních pracovníků městského úřadu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ PORUCHA

Oblast duševních onemocnění je natolik rozsáhlá, že není v možnostech této práce se v teoretické rovině dostatečně věnovat všem duševním poruchám. Během výzkumu se ukázalo, že u většiny respondentů převažuje diagnóza paranoidní schizofrenie nebo mani-odepresivní psychóza, proto psychóza bude stěžejním tématem této kapitoly.

Jak uvádí Marečková, Matiaško (2010, s. 27), **duševní poruchy** zahrnují skupinu nemocí s určitými podobnostmi, proto je obtížné je přesně definovat. Definici duševní poruchy ovlivňuje mnoho faktorů. Z hlediska nedobrovolných hospitalizací hovoříme o těžké duševní poruše, na straně druhé legislativa zakládající pozitivní práva se snaží pojímat duševní poruchu z co nejširšího hlediska. Proti pojmu **duševní nemoc** se staví organizace uživatelů psychiatrických a sociálních služeb, protože podporuje dominanci medicínského modelu. Český právní řád užívá termín duševní porucha. V odborné literatuře se objevují také alternativy jako **psychická porucha, duševní choroba nebo duševní neschopnost**.

Kalina (2001, s. 16) vysvětluje slovo **psychóza** složeného z řeckého psyché – duše a koncovky – óza, která se v lékařství používá ve významu nemoc. Psychóza tedy znamená nemoc duše, duševní nemoc.

„Podstatou **duševní nemoci** je porucha duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce, počet duševně nemocných se odhaduje mezi 1 až 2% v běžné populaci.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 346 - 347)

Svoboda, Češková a Kučerová (2006, s. 181 - 182) charakterizují schizofrenii jako **psychotické onemocnění narušující psychické funkce**, nejvíce myšlení, vnímání, emotivitu, chování a jednání. Psychóza se projevuje bludy, halucinacemi, poruchou vnímání reality, dezorganizovaným slovním projevem a chováním. U mužů se projevuje nejčastěji mezi 15. a 25. rokem, u žen mezi 25. a 35. rokem.

Dle Bankovské, Motlové a Španiela (2013, s. 7) **zvládneme diagnostikovat, ale neumíme komunikovat**. Umíme nastavit medikaci, ale nezajistíme, aby ji pacient užíval. Nedokážeme ho přesvědčit, že není možné schizofrenii léčit bez léků. Ale zároveň je podstatné, že léky tuto nemoc neléčí, ale modifikují její průběh. Každý relaps schizofrenie je selháním léčby. **Podstatným aspektem je způsob sdílení informací s pacientem a jeho blízkými a získání dovedností, které zabrání návratu nemoci**. K účinnější léčbě přispívá také **zvýšení sebevědomí nemocného, zlepšení jeho komunikačních schopností**, aby se ve

společnosti cítil lépe. Musíme přistupovat s respektem k tomu, že se nepovažuje za nemocného, ale současně se nevzdávat lékařské odpovědnosti.

Návrat k psychiatrické praxi, psychoterapii, **k pacientovi jako ke zdroji poznání** konstatují Dušek, Večeřová - Procházková (2015, s. 15). Budoucnost se má soustředit na vztah mezi vývojem osobnosti a rozvojem duševní poruchy. Cílem je zjistit jak zasahuje chorobný proces do dynamiky osobnosti, míru ovlivnění terapeutickými zásahy a objasnit souvislost mezi premorbidní osobností a duševní poruchou.

1.1 Základní příčiny duševního onemocnění

Kalina (2001, s. 22) na základě vědeckého poznání připouští více příčin duševního onemocnění, jedná se o souhrn většího počtu nepříznivými vlivů, **biologických, psychologických i sociálních**. Na počátku hrají velkou roli dědičné a vrozené faktory, nevyrovnané založení organismu včetně centrálního nervového systému (konstituce, temperament). K těmto dispozicím se přidávají poruchy vývoje v raném dětství, špatné sociální prostředí, dlouhodobý stres. Další podíl mohou sehrát nemoci a tělesné poruchy (odchytky látkové výměny, úrazy, záněty mozku). Není prokázáno vzájemné působení těchto vlivů, ale právě jejich kombinace vytváří **zranitelnost organismu**, na jejímž základě v určitém složitějším životním období pod tíhou změn a krizí vzniká duševní nemoc.

Tuto zranitelnost potvrzují také Svoboda, Češková a Kučerová (2006, s. 182) a specifikují ji jako určitou biologickou náchylnost pro duševní poruchu, která se projeví schizofrenními příznaky. Tato porucha může být vrozená i získaná v časném vývojovém období jedince, charakterizovaném bouřlivými změnami v organismu. Genetické a vnější faktory jsou ve vzájemné interakci.

„**Duševní porucha** je dle WHO (World Health Organization) klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech. Změna některých psychických procesů projevujících se v myšlení, pocitech a chování člověka, znesnadňující jeho adaptaci a interakci se soc. okolím. Duševní porucha vzniká z následujících příčin – **genetických, organických, chemických, působením vědomých a nevědomých konfliktů, chybným učením, vlivem situace**. K nejběžnějším, které postihují běžnou populaci, patří – úzkostné poruchy a poruchy vyvo-

lané alkoholem a ostatními drogami, dále poruchy nálady, psychopatie, schizofrenie. Z hlediska věku se vyskytují častěji do věku 45 let.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 424 - 425)

Při diagnostice dle Duška, Večeřové - Procházkové (2015, s. 34) pomáhají anamnestické údaje od nemocného a jeho okolí. Důležité jsou informace související s výskytem duševních poruch u příbuzných a povahovými rysy rodičů. Velký význam má výchova v dětství, deprivacní vlivy, somatické onemocnění, vývoj premorbidní osobnosti, významné životní události, závislosti, krize, traumata a reakce nemocného.

Jak uvádí Kalina (2001, s. 17, s. 21, s. 30) pro funkční psychózy (schizofrenie a maniodepresivní psychózy) není typické žádné zjiitelné poškození a ovlivnění mozkové tkáně, jedná se o **poruchu funkcí centrální nervové soustavy, osobnosti a sociálního pole**. Určité změny v centrálním nervovém systému nemocných směřují k poruše vedení nervových vzruchů. Psychózy jsou však také vnímány jako poruchy osobnosti, myšlení, vnímání, emocí a poruchami vazeb k prostředí a v mezilidských vztazích. **Zátěžové faktory** jsou **bio-psycho-sociální**, je velmi těžké určit tzv. **spouštěč nemoci**, jedná se spíše o dlouhotrvající stresovou situaci. U schizofrenních psychóz jsou podstatou nezvládnuté požadavky dospělosti a sociálního dozrávání, konkrétní situace jako zamilování, svatba, těhotenství, zkouška, změna povolání. U maniodepresivních psychóz se za spouštěcí faktory považuje smrt nebo nemoc blízkého, zklamání v lásce, neúspěch v práci, stavba domu, narození dítěte, nadměrná pracovní zátěž, úraz nebo otrava. **Spouštěč ale není příčinou nemoci**.

1.2 Typologie duševních poruch

Psychiatr musí během diagnostického rozhovoru uplatnit své odborné znalosti, zkušenosti, ale také osobní inteligenci a empatii, musí posoudit všechny získané informace a rozhodnout, proto se určení závěrečné diagnózy může lišit dle úsudku více odborníků.

Dušek, Večeřová - Procházková (2015, s. 22 – 23, s. 31) považují diagnostiku v psychiatrii za velmi obtížnou, protože klinické obrazy psychických poruch jsou různorodé a proměnlivé. Velmi těžké je diagnostikovat počínající psychické poruchy, kde jsou projevy spíše obecnějšího charakteru, také většina psychofarmak je určena pro léčbu na úrovni syndromů. Důraz je kladen na diagnostiku v **iniciálním období**, pozorováním raných příznaků se v určité fázi tyto příznaky propojují s projevy zdravé osobnosti. Jde o vztah **duševní zdraví - duševní porucha**, psychiatr vidí rozpor a praktickými opatřeními se do tohoto vztahu

snaží zasahovat. Počáteční příznaky jsou nespecifické, až během vývoje nemoci získávají specifický charakter. Teprve až průběh dalších atak psychické poruchy bývá podobný, jako při prvních projevech, pokud nebyla první ataka dobře diagnostikována, stává se, že se v omylu následně dlouhodobě pokračuje.

„**Psychóza** je označení těžkých duševních chorob, při nichž zpravidla je ztracen kontakt jedince s realitou, vnímání, prožívání, cítění a vůle jsou těžce deformovány, chybí vědomí nemoci. Z těch hlavních sem patří **schizofrenie, endogenní deprese, paranoia**.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 489)

Dušek, Večeřová - Procházková (2015, s. 224) rozlišuje **schizotypní poruchy, poruchy s bludy a schizofrenie**, které dále člení na paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencované, postschizofrenní deprese a reziduální, simplexní, nespecifikované a jiné schizofrenie.

Hlavním mezníkem v psychiatrické diagnostice se stala desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí, dle této revize (WHO, 2017, s. 191) poruchy duševní a chování rozdělujeme:

- organické duševní poruchy včetně symptomatických – demence,
- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek,
- schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy,
- afektivní poruchy – poruchy nálady,
- neurotické, stresové a somatoformní poruchy,
- syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory,
- poruchy osobnosti a chování u dospělých,
- mentální retardace,
- poruchy psychického vývoje,
- poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání,
- neurčené duševní poruchy.

Bankovská, Motlová, Španiel (2013, s. 27) specifikuje psychotické poruchy:

Neafektivní psychózy – schizofrenie, schizoafektivní porucha, schizofreniformní porucha, porucha s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy.

Afektivní psychózy – bipolární porucha s psychotickými příznaky, velká depresivní porucha s psychotickými příznaky.

1.3 Charakteristické symptomy osob s duševním onemocněním

Za symptom (příznak) dle Duška, Večeřové - Procházkové (2015, s. 43) medicína považuje určitý projev nemoci. Pro duševní poruchu rozlišujeme příznaky **subjektivní**, související s osobními prožitky nemocného a příznaky **objektivní**, které vychází z vyšetření nemocného, laboratorních zkoušek (EKG, EEG aj.) nebo psychologických testů.

Dle Bankovské, Motlové a Španiela (2013, s. 13, s. 27) je rozpoznání specifických symptomů schizofrenie z hlediska diagnostiky klíčové. Rozhodující je **pozorování pacienta a pečlivé naslouchání jeho sdělení**. Někdy mohou velmi pomoci informace získané od jeho rodiny. Zobrazovací vyšetření mozku či EEG slouží k vyloučení jiné patologie. K prokázání schizofrenního onemocnění neexistuje žádná laboratorní metoda, důraz je **kladen na vyšetření a komunikaci s klientem**. Specifické symptomy schizofrenie – poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením, poruchy poznávacích funkcí, především paměti a pozornosti. Dále jsou to symptomy depresivní nebo manické. Mohou se objevovat také poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkost a pocity napětí. Mezi život ohrožující příznaky patří imperativní sluchové halucinace, katatonní stupor a suicidální úvahy. Absence náhledu na nemoc komplikuje spolupráci při léčbě.

Dle Kaliny (2001, s. 17) je na počátku **schizofrenie** narušeno vnímání reality provázeno úzkostí, zmatkem, vztahovačností a pocity neskutečnosti. Nemocný se **autisticky uzavírá do svého fantazijního světa**, ve kterém má sluchové halucinace, vidiny, uniká přeludům a cítí se pronásledován. I ve svém světě není nemocný v bezpečí, je často v pozici oběti nebo loutky, prožívá samotu, vinu, zármutek, prázdnotu. Při **mánii a depresi nemocného výrazně ovlivňuje extrémní citové vyladění**, které je charakterizováno hlubokým smutkem nebo naopak jedním pod vlivem velikášské fantazie a pod slupkou nepřirozeného veselí je ukryta zloba a ukřivděnost. Mánie je protipólem deprese, střídají se, ale depresivní fáze většinou převládá.

Bankovská, Motlová a Španiel (2013, s. 29 - 35) uvádí, že mezi 20. - 30. rokem se většinou atakou silně projeví akutní psychotické příznaky schizofrenie. V první, přípravné fázi nemoci, někdy i kolem 15. roku se objevují nespecifické příznaky – **podromy** (podrážděnost, náládovost, neklid, nedostatek energie a sebevědomí). První **ataka** trvá cca 6 měsíců, je to **období rozvinuté psychózy**, ztráty náhledu na nemoc a zhoršením kontaktu s realitou. V tomto období je nemocný zpravidla hospitalizován. **Remise** je na druhou stranu obdobím bez příznaků, obdobím úpravy. **Časně varovné příznaky**, že se stav nemocného zhor-

šuje, přichází týdny či dny před relapsem, projevují se špatným soustředěním, konflikty s okolím, apatií, poruchou paměti. **Relaps** je propad, opakovaná ztráta náhledu na nemoc. Každý další relaps snižuje šanci dosáhnout plné remise. **Čím větší počet relapsů, tím je menší šance, že nemocný obstojí v běžném životě.**

Dušek, Večeřová - Procházková (2015, s. 27 - 28) podrobněji rozlišují následující etapy rozvoje duševního onemocnění:

- **období zdraví – premorbidní osobnost**, projevuje se v zájmech, charakterových vlastnostech, struktuře osobnosti, vrozených faktorech, výchovou a vzděláním,
- **období premorbidních projevů** – výskyt nespecifických psychických a somatických obtíží, nelze rozpoznat rozvoj psychické poruchy,
- **prodromální stadium** – rozvíjí se porucha, chorobné příznaky, okolí pozoruje změny, postižený vyhledá lékaře, proces je možné zastavit, nebo přechází dál,
- **úvodní akutní nebo subakutní stadium** – objevují se specifické příznaky psychické poruchy, je možné ji blíže diferenciovat,
- **období manifestace poruchy** – objevují se příznaky charakteristické pro danou psychickou poruchu, umožňují diagnostiku, nastává léčení psychické poruchy,
- **období doznívání příznaků** – projevy psychické poruchy ustupují, je zvláště zřejmá premorbidní osobnost,
- **období rekonvalescence** – dochází ke zlepšení nemocných, komunikace, péče o vlastní osobu, mohou přetrvávat nespecifické projevy (únava, slabost) a projevy po biologických terapiích (parkinsonské projevy některých antipsychotik, poruchy paměti po elektrošokové léčbě).

Proces označení jedince za duševně nemocného je charakterizován jako **kariéra duševně nemocného**, jde o vztah mezi chováním jedince a společenskou odezvou, jež je daná kulturou, která určuje společenské hodnocení narušeného chování.

1.4 Důsledky života s duševní poruchou

Duševní porucha silně narušuje sociální a pracovní funkce. Osoba, u které propuklo duševní onemocnění, postupně degraduje, není již schopna každodenně zvládat zátěž v zaměstnání nebo ve škole, ztrácí pracovní a studijní návyky, má narušeny interpersonální

vztahy a zanedbává péči o svou osobu po hygienické a zdravotní stránce. V průběhu léčby, ale získává náhled na své onemocnění a dokáže se zase vrátit ke svým zdravým návykům.

Jak zmiňuje Kalina, (2001, s. 9, s. 16) jde o celé spektrum nemocí – psychózy schizofrenního a maniodepresivního okruhu, přechodné a hraniční formy a s tím související velké spektrum problémů – **v mezilidských vztazích, rodině, studiu, práci a sebepojetí**. Pacienti musí své nemoci porozumět, aby lépe zvládali problémy, které s sebou tato nemoc přináší, dokázali hledat podporu a naučili se s ní žít. Psychóza zásadně mění způsob prožívání člověka, jak vnímá ostatní lidi a okolí, které ho obklopuje. **Do popředí se dostává svět přeludů a fantazií, nemocný se do něj uzavírá a tím je odtržen od reality.**

Dle Duška, Večeřové - Procházkové (2015, s. 44 - 227) se vnímáním posuzuje objektivnost a reálnost. Vjemům přisuzujeme realitu a umístění v prostoru. K **poruchám vnímání** dochází u psychogenní poruchy, psychotraumatizujících zážitcích – psychogenní slepota, hluchota, poruchy čichu, chuti. Vnímavost může být zvýšena, stoupá kapacita vnímání u intoxikací, euforie, manických stavů. Snížená vnímavost je utlumena při depresi nebo intoxikaci psychofarmaky s tlumivým účinkem. Mezi typické kvalitativní poruchy vnímání patří **iluze** (nesprávné, neobjektivní vnímání skutečnosti) a **halucinace** (vznikají bez vnějšího podnětu, ale pro nemocného mají charakter skutečnosti). Halucinace dělíme na **smyslové podle jednotlivých orgánů** (sluchové, zrakové, čichové, chuťové, tělové). Každé duševní dění doprovázejí emoce, které vyjadřují postoje, potřeby, pocity a prožitky. Mezi **poruchy emotivity** patří zvýšená afektivní dráždivost, patický afekt (nadměrná intenzita a krátkodobá porucha vědomí), nezvládnutý afekt (není možné v dostatečné míře ovládat jednání), afektivní útlum (opožděné prožívání situace), afektivní stupor (neschopnost pohybu, řeči, mimiky), afektivní raptus (výrazný emoční náboj). **Poruchy nálad** zahrnují manickou náladu (nadměrně veselá rozjařenost, zvýšená aktivita), expanzivní nálada (sklony k agresivitě), extatická nálada (extáze), rezonantní (sklony k podrážděnosti), depresivní (chorobně smutná nálada), anxiózní (vnitřní neklid), bezradná, apatická (netečnost), anhedonická (neschopnost prožívat radost), rozlada (mrzutost). **Fobie** jsou obsedantní (nutkavé) strachy vůči některým předmětům nebo situacím, sociální fobie (strach z lidí), klaustrofobie (strach z uzavřených místností), nozofobie (strach z nemoci), agorafobie (strach z volných prostranství) atd. Duševní onemocnění zasahuje také paměť, mezi **poruchy paměti** patří např. hypermnézie (zesílení paměti, zvýšení výbavnosti), hypomnézie (oslabení paměti), amnézie (ztráta paměti), bájivá lhavost, halucinace (vzpomínky bez předchozího zážitku). V chorobném stavu může být porušeno také **myšlení**, poruchu obsa-

hové stránky představuje **blud** (mylný závěr, chorobný předpoklad, který nelze vyvrátit). Mezi nejčastější symptomy duševních poruch patří **poruchy spánku**. Duševní poruchy bývají často doprovázeny **somatickými obtížemi**, jako je bolest hlavy, porušenou funkcí vegetativních orgánů (změna krevního tlaku, srdeční činnosti, potivost), poruchou trávicích ústrojí, urogenitálního systému (nutkavost na močení), zpomalenou nebo zrychlenou chůzí. **Změny v mimice, různé pantomimické projevy, neklid a agrese** provázejí většinu psychických poruch. Zvýšené riziko sebevražedné aktivity se vyskytuje především u depresivních pacientů, ale také schizoafektivní poruchy a schizofrenie vykazují zvýšenou suicidalitu. Osobnost schizofrenika se může premorbidně vyznačovat plachostí, omezeným sociálním kontaktem, uzavřeností, zájmem o bizarní problémy, planým filozofováním. V průběhu onemocnění se objevuje **netečnost, nezáměr o okolí, soustřeďuje se na svůj vnitřní svět, který svou pestrostí bludů a halucinací zcela nahrazuje realitu**. S nastupující dezintegrací osobnosti se i vnitřní svět schizofrenika rozpadá.

Je důležité si uvědomit, jak to nakonec musí být velmi náročné pro samotného nemocného, přijmout svou nepříznivou diagnózu, léčbu a nastavenou medikaci. Podmínkou celého procesu je dostatečná informovanost pacienta a vhodný způsob komunikace, který mu umožní pochopit léčebné opatření a zbavit ho úzkosti z budoucnosti.

Dle Bankovské, Motlové a Španiela (2013, s. 10) jsme v současné době schopni schizofrenii léčit, ale **nezvládneme odstranit stigmatizaci**, která vážně ohrožuje samotné pacienty, ale i jejich blízké. Nemocní jsou vystavováni dalšímu stresu, protože **společnost není pro tuto diagnózu příznivě naladěna**. Většina nemocných svému zaměstnavateli nesdělují pravdu o své diagnóze, ukrývá ji pod termín deprese, která pro ně není tak stigmatizující. Pro některé příbuzné nemocného je diagnóza schizofrenie absolutně nepřijatelná, tuto skutečnost popírají, bagatelizují nebo nemocného v léčbě nepodporují. Je velké riziko, že pacient diagnózu schizofrenie odmítne a nepřijme léčbu. Jedním z úkolů psychiatrie 21. století je schizofrenii přejmenovat. Tento pojem popsal v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, schizofrenie (z řeckého schizein – rozštěp a phren – mysl).

Společnost osoby s duševním onemocněním nepřijímá, vzhledem k šířenému negativnímu mediálnímu obrazu z nich má strach, tím se stávají osobami ohroženými sociálním vyloučením. Je nutné změnit tento mediální obraz a ukázat také ty, kterým se podařilo svou nemoc zvládnout a zařadit se zpět do společnosti.

2 SPECIFIKA KOMUNIKACE

Umění zvolit správný adekvátní způsob komunikace patří mezi nejdůležitější kompetence v sociální práci. **Rozhovor je základní prostředek při navázání kontaktu s klientem**, ale také dalším způsobem práce a podpory. Komunikace mezi sociálním pracovníkem a duševně nemocným klientem vykazuje jistá specifika. Právě u této cílové skupiny je podstatné intuitivně uplatnit všechny schopnosti a dovednosti při verbální a neverbální komunikaci, která je často ovlivněna psychickým rozpoložením klienta.

Jak uvádí Keller (1995, s. 36, s. 143) přežití lidské společnosti velmi záviselo na schopnostech přijímat informace prostřednictvím symbolů, které jí lépe umožňovaly vyrovnat se s vývojovými změnami a orientovat v prostředí. Právě tato schopnost zvyšuje potenciál přežití člověka a odlišuje ho od zvířat. Schopnost komunikovat je pilířem lidské kultury, jedná se o historicky nekončící proces. Komunikace je prostředkem přenosu **osobní zkušenosti a uchování informace pro další generaci**. Dostatek informací umožňuje výběr mezi způsoby jednání a rozšiřuje svobodu člověka. Mentální rozvoj člověka je plně závislý na komunikaci s druhými lidmi, bez ní nemůže existovat žádná forma sociální organizace.

Proces komunikace tj. **výměny informace**, jak zmiňuje Vágnerová (2004, s. 301) nejvíce charakterizuje rozhovor. Sdělení musí být vyjádřeno tak, aby bylo pro příjemce srozumitelné, **základem tohoto přenosu je sdílení stejného komunikačního systému** a totožného zakódování různých významů. Odpověď může být důležitým vyjádřením zpětné vazby.

Ovlivnit duševní stav klienta, jak zmiňuje Dušek, Večeřová - Procházková (2015, s. 330 - 331), lze využitím psychologických metod, především rozhovoru. Při komunikaci s duševně nemocným je nutné brát v úvahu **provázanost mezi duševním zdravím a duševní poruchou**. Většina duševních poruch **nenarušuje intelektové schopnosti klienta**, není méněcenný, **je chybou snižovat úroveň komunikace**. Je důležité, aby klient cítil, že pozornost je plně zaměřena na jeho problém, zásadní chybou je přístup k nemocnému ve spěchu, povrchnosti a nedostatku důvěry. Mezi základní požadavky při lékařské komunikaci patří **nestrannost a maximální zdrženlivost v diagnostických závěrech, ale také projevení zájmu a snahy účinně pomoci**. Naopak velmi ochranný přístup snímá z klienta veškerý pocit odpovědnosti, kdy bude obtížně přijímat požadované nároky. Není vhodné důvěrné oslovování klienta, které nerespektuje jeho osobní důstojnost. V některých případech je nutné klást důraz na provádění pokynu a někdy je lepší tuto intervenci použít, až bude vytvořen vztah mezi lékařem a pacientem.

Podobné pravidla platí také při komunikaci mezi sociálním pracovníkem a klientem s duševním onemocněním.

Dle Krause (2008, s. 119) prostřednictvím komunikace probíhá interakce, **spojení člověka se světem**. Proces komunikace umožňuje získávání informací o dějích, vzájemné dorozumívání, mentální rozvoj jedince, sociální učení, výměnu emocionálního obsahu a objasnění významů v přímém a nepřímém sociálním kontaktu.

2.1 Druhy komunikace

Vágnerová (2004, s. 298) rozlišuje různou formu komunikace, mezi verbálním a neverbálním způsobem není jednoznačná hranice. Verbální komunikace zastupuje **symbolickou formu**, jejímž základem je **znakový systém** užívající **slova** jako symboly pro vyjádření. Výhodou tohoto způsobu je pomocí psaného a zvukového projevu možnost časového a prostorového přesahu. Ve verbálním sdělení rozlišujeme **význam** tj. definici slova a **smysl** tj. chápání slova, které je ovlivněno individuálními zkušenostmi jedince a jeho specifickým vztahem ke sdělované skutečnosti. Každá skupina i jedinec si vytváří svůj skupinový nebo individuální styl, ve kterém se odráží sociální postavení, role a osobnostní vlastnosti. Nezbytnou součástí verbální komunikace je **neverbální komunikace**, která ji podporuje, upřesňuje a doprovází, někdy ji dokáže i nahradit. Neverbální komunikace vyjadřuje **emoci a postoj** k obsahu sdělení a komunikačnímu partnerovi. Neverbální projev musí být chápán v jeho **situačním kontextu**, aby se předešlo nedorozuměním mezi lidmi pocházející z odlišného sociálního prostředí.

„**Komunikace mezilidská** je dorozumívání mezi lidmi, které může být **verbální, slovní** nebo **neverbální, mimoslovní**. Komunikace neverbální se uskutečňuje mnoha způsoby, k nejdůležitějším patří doteky, gesta, hlas, mimika, vzdálenost, pozice a držení těla, předměty a prostředí. **Sociální komunikace** je specifická forma sociálních styků, která nespočívá v pouhém přenosu informací, ale předpokládá porozumění, lze ji považovat za dílčí případ **interakce**, skládá se z osoby, jež sděluje – **komunikátor**, z osoby přijímající sdělení – **komunikant** a z vlastního sdělení – **komuniké**. Dělí se na **nepřímou**, která probíhá na základě symbolického sociálního kontaktu, tj. zprostředkovaně a **přímou**, která se uskutečňuje tvář v tvář.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 265 - 266)

Dle Reichla (2004, s. 246) při komunikaci **převládá nonverbální složka**, jen třetinu tvoří podoba slovní a asi dvě třetiny jsou záležitostí řeči těla – mimika (výraz obličeje), zrakový kontakt, gestika (pohyby rukou), kinezika (pohyby těla), posturika (řeč těla), haptika (dotyky), proxemika (využívání prostoru), výraz zevnějšku, využívání času, pachové signály.

Druhy komunikace dle Krause (2008, s. 121):

- **přímá a nepřímá** (tváří v tvář nebo prostřednictvím telefonu),
- **jednostranná a dvoustranná** (možnost zpětné vazby),
- **dyadická** (ve dvojici) nebo **skupinová, hromadná** (masová),
- **verbální a neverbální** (slova nebo mimika, gestikulace apod.).

Keller (1995, s. 37) vysvětluje funkce **symbolické komunikace**, které pomáhají překonat izolovanost individua, umožňují kolektivní spolupráci, podporují orientaci v prostoru a čase. Možnosti a dosah komunikace ovlivňuje i nepatrná inovace komunikačních prostředků. Jak uvádí Reichel (2004, s. 220) komunikační výměny nemusí být rovnoměrné. Pokud je v komunikaci nerovnoměrně rozložena doba mezi příjemcem a sdělovatelem, jedná se o **asymetrickou komunikaci**. Většinou strana s vyšším statutem více ovlivňuje charakteristiku komunikační situace a jejího průběhu. V případě zachování rovnoměrnosti z časového hlediska, každý účastník má přibližně stejnou dobu slovo, označujeme tuto komunikaci za **symetrickou**.

„Komunikace mezi jedinci se nazývá **interpersonální**. Komunikuje-li jedinec s nějakou skupinou, jde z jeho strany o komunikaci **extrapersonální**. Jejím protipólem je komunikace **intrapersonální**, tedy komunikace jedince se sebou samým.“ (Reichel, 2004, s. 216)

2.2 Nedostatky v interpersonální komunikaci

V komunikaci s klientem musí sociální pracovník uznávat jeho vnitřní svět, jeho vnímání a prožívání. Kopřiva (1999, s. 29, s. 53) upozorňuje na **riziko uplatňování práva na nějaké objektivní hodnocení**, které je jen subjektivním pohledem pomáhajícího, jež by se měl vyvarovat tendencí nahradit toto porozumění vlastním hodnocením nebo klasifikací klienta podle nespécifikovaného třídícího systému. **Chybou pomáhajícího je orientace na hodnocení prožívání klienta místo snahy o porozumění jeho realitě**. Každý člověk má svůj jedinečný vnitřní svět plný bolestivých míst, nezhojených ran z dětství a dospívání. Sociál-

ní pracovník se musí nejprve naučit vnímat své citové úrazy, aby dokázal respektovat bolestivá místa u svého klienta a podpořil tak **proces uzdravování zablokovaného místa**.

„**Patologická komunikace** je vnitřně rozporný způsob dorozumívání, kde obsah sdělení a podtext či neverbální doprovod jsou v nesouladu, zatemňují nebo znemožňují pochopit sdělení.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 266)

Dle Vágnerové (2004, s. 301 - 302) se komunikace uskutečňuje v určitém sociálním kontextu. **Vnitřní kontext** zahrnuje aktuální rozpoložení osobnosti komunikujícího, souhrn zkušeností, jeho emoční naladění a danou míru významu komunikace. Pokud se jedna strana cítí frustrována, je úzkostná, v napětí, může interpretovat komunikační projev jako necitlivý. Přidávají se **dezorientace a neadekvátní reakce**. **Vnější kontext** je specifikován sociální situací, komunikační rolí, kulturním prostředím, sociální statutem a postoji. Vzájemnou komunikaci vždy poznamenává vztah mezi partnery, může ji ovlivnit negativně, rušivými tendencemi, ale také ji může pozitivními tendencemi posílit.

Pokud psychiatr neovládá základní umění vést rozhovor, spatřuje Dušek, Večeřová - Procházková (2015, s. 333 - 334) velké riziko směřující u pacienta k **rozvoji obav, úzkostí a strachu**. Důsledkem „**mlčící medicíny**“ je neinformovanost pacienta. Obsah rozhovoru by měl naplnit očekávané získání objektivních, subjektivních a situačních informací, týkajících se pacientových prožitků, ověřitelných údajů a možného přenosu a protipřenosu. Komunikace by měla probíhat na **partnerské úrovni**. U pacienta se důsledkem nemoci objevují tendence k závislosti, nesamostatnosti, potřebnosti pomoci a lékař je tak směřován do paternalistické pozice.

Jak potvrzuje Keller (1995, s. 143 - 144) proces běžné komunikace je ovlivněn **mocenskými aspekty**. Během rozhovoru je zpravidla možné vypořádat, jestli je jeden z účastníků nadřazený, kdo koho považuje za sobě rovného. Nerovnost v komunikaci je patrná v jejím obsahu i formě. **Schopnost komunikovat ovlivňuje postavení člověka, statut ve společnosti**. Moc je dle Koprivy (1999, s. 51) důležitou složkou vztahu mezi pracovníkem a klientem. Podstatné je, aby si byl sociální pracovník vědom svého mocenského postavení, které je v pomáhající profesi v zásadě přítěží, někdy však nezbytnou.

Kraus (2008, s. 120) pojmenovává cestu k předávání informací, jako **komunikační kanál**, ve kterém se objevují určité nedostatky, **bariéry**, ze strany komunikátora se jedná o nepřiměřenou formulaci, špatnou výslovnost, tichý hlas, předsudky, neznalost prostředí. Pro komunikanta je bariérou nepozornost, nedoslýchavost, nedůvěra, špatný zdravotní stav.

Sociální komunikaci Reichel (2004, s. 213 – 214) označuje jako **proces v sociálním styku**, který je základní podmínkou a projevem sociálního života. Bez sociální komunikace není možný zdravý psychosomatický vývoj jedince. Její nedostatek také urychluje proces stárnutí. Mezi **základní komunikační sociální kompetence** dle Reichla (2004, s. 226) patří volba adekvátního obsahu v komunikačním procesu a schopnost vhodně rozvíjet dané téma s ohledem na aktuální sociální souvislosti. Tyto kompetence jedinec získává během sociálního učení, osvojování si sociální role v procesu socializace, která má rozhodující význam pro formování osobnosti člověka. Jak uvádí dále Reichel (2004, s. 247 - 248), vedle základních **záměrných komunikačních projevů** se objevují také **nezáměrné**, verbální (přeřeknutí, komolení slov), nonverbální (zaujatý postoj, automatické sebedotýkáání). Ty mohou naznačovat určité stavy napětí, nervozity, nejistoty, případně skrývají skutečný postoj. Některé mohou přejít až v **symptomy psychosomatických stavů** (třes rukou, chvění hlasu, rozšíření zornic). Tyto projevy je velmi obtížné potlačit a zkušený profesionál může právě z těchto signálů o osobnosti jedince mnoho rozpoznat, zvláště v případech, kdy nejsou nezáměrné a záměrné projevy v souladu, jsou v rozporu. **Komunikace má velký sociální rozměr**, je určitou sebezprezentací a někdy i neúmyslným odhalením úrovně kultivovanosti osobnosti a schopnosti sebereflexe.

Jak uvádí Watzlawik, Bavelasová a Jackson (2010, s. 53) **schizofrenici se snaží nekomunikovat**, uzavírají se do svého vnitřního světa, ale i mlčení, odtažitost, nehybnost, nesmysl je komunikací. Není možné popřít tento způsob komunikování, je nutné ho pochopit, objasnit a snažit se **získat klíče k celé řadě aspektů schizofrenní komunikace**.

2.2.1 Poruchy komunikace související s duševní poruchou

Psychicky narušený jedinec, jak zmiňuje Vybíral (2005, s. 246 – 248), je schopen běžné srozumitelné komunikace, ale jen na omezenou dobu. Tuto schopnost ovlivňuje **přetíženost vnějšími podněty, zahlcenost úzkostí a útěk do vnitřního světa**. Pro labilitu nebo bipolární průběh nálad je **typická impulzivní výbušnost nebo výrazné výkyvy v komunikačním stylu**. Největší problémy v komunikaci mají lidé trpící psychotickou poruchou, jsou přesvědčeni, že jsou někým jiným, někdo do nich vstoupil, cítí se sledování a ohrožování. Schizofrenik postupně mění názory na realitu a vidí svět z „chorobného“ úhlu pohledu. Jeho nemoc mu umožňuje slyšet **kárající, hádavé nebo usměrňující vnitřní hlasy**, které mu způsobují úzkost a zmatek. Charakteristickým rysem psychotiků je, že

vidí jako nemocné ty ostatní a trvají na svém chorobném přesvědčení. Někteří duševně nemocní si uvědomují svoji odlišnost a **komunikaci s okolím popisují jako nechápavou a vysmívající se**, trpí izolací a osamoceností. Teprve až pochopení kontextu umožňuje přesněji porozumět specifikům komunikace u duševních poruch. Nemocný se bojí dát jednoznačnou odpověď, je poučen ze zkušeností z ohrožujícího kontextu, sdělení je matoucí. Tento způsob komunikace mu dává možnost nepřevzít zodpovědnost za vyslovené. Hlavní zásadou při komunikaci s duševně nemocným je **srozumitelnost a jasnost sdělení**.

Rozdělení poruch komunikace dle Vybírala (2005, s. 248 – 252):

- **neurotické** (při vnitřních konfliktech a vyhrocených mezilidských kolizích),
- **hysterické** (sklon drammatizovat, zvýšeně poutat pozornost, teatrálnost),
- **nutkavé** (stereotypní opakování představ a činností),
- **fobické** (nepřiměřený nezvládnutelný strach),
- **úzkostné** (akutní, intenzivní úzkost),
- **narcistní** (touha po obdivu, ideálu, potřeba kontrolovat druhé, sebestřednost),
- **depresivní** (pocity prázdnoty, méněcennosti, smutku, beznaděje),
- **hypochondrické** (přehnaná pozornost na své tělo, sebezpozorování)
- **nepsychotická paranoidní** (vztahovačnost, podezíravost)
- **hyperthymní** (nezvládnutí pocitů, stavů, přehnanost v komunikaci),
- **nepsychoticky schizoidní** (emoční chlad, izolace, intelektualizování).

2.3 Pomáhající komunikace

Terapeutická a pomáhající komunikace, jak zmiňuje Vybíral (2005, s. 259 - 261), **svým působením klienta léčí**. Odborník může svou komunikací **podstatně ovlivnit psychické zdraví a celkovou pohodu pacienta**. Způsob rozhovoru, kladení dotazů, důraz na význam a téma, pomáhá klientovi orientovat se ve své nemoci. Nesprávně vedený terapeutický rozhovor, špatné vyhodnocení sdělení, může stav pacienta také zhoršit. Hlavně v případě duševních poruch, je důležité nespátřovat v klientovi diagnózu nebo případ, ale **vidět v něm člověka**, životní příběh, lidský osud, jen tak je možné navázat kvalitní, rovnocenný vztah.

Sociální pracovník by měl **nedirektivním přístupem v komunikaci podporovat klienta a vést ho k vlastnímu řešení**. Tento postup není možné uplatňovat v krizové intervenci. Jak uvádí Kopřiva (1999, s. 118) v průběhu rozhovoru je podstatné respektovat autonomii

klienta, rozvinout problém otázkami, nehodnotit, být konkrétní, srozumitelný, vysvětlovat situace, podporovat a oceňovat aktivitu klienta. Po ukončení **je rozhovor dobré nechat doznít a umožnit krátkou zpětnou reflexi.**

Pro kvalitní výsledek komunikace zdůrazňuje Reichel (2004, s. 243) důležitost předávání informace účastníků o sobě navzájem získávané během komunikování. Podstatná je **zpětná vazba**, která umožňuje aktuálně reagovat na chování komunikačních protějšků. **Ověřit si zda je komunikace srozumitelná**, popřípadě ihned měnit její formu, obsah, tempo s cílem objasnit sdělení a přizpůsobit je schopnostem příjemce. Případně se změni v rámci zpětné vazby komunikační role, kdy jsou vyžádány doplňující a upřesňující údaje.

Rozhovor a pozorování je dle Duška, Večeřové - Procházkové (2015, s. 35 - 36, s. 40) základní metodou psychiatrického vyšetření. Podmínkou je navázání kontaktu s vyšetřovaným. Mezi důležité komunikační požadavky patří **neutrální postoj a zdrženlivost lékaře**. Během rozhovoru by lékař neměl zdůrazňovat, komentovat ani stranit některým tvrzením pacienta, který ale musí z jeho strany cítit určité porozumění a pochopení jeho potíží. Úkolem lékaře je nemocného **usměrňovat, udržet u tématu a vytvořit atmosféru důvěry pro předávání osobních citlivých informací a dodržet slib mlčenlivosti**. Během celého vyšetřování lékař pozoruje nejen způsob a obsah řeči, ale také tělesný vzhled a neverbální projevy pacienta, u někoho je mimika živá, u depresivních pacientů naopak chudá, doplněná sklíčeností. Cílem je získat co nejvíce objektivních informací o nemocném, které budou podkladem pro správné rozhodnutí. Vztah **pacient - lékař** je charakterizován **přenosem a protipřenosem**. Přenosem pacient zaujímá stejný postoj jako k blízkým osobám, protipřenos odráží dřívější lékařovi zkušenosti.

„**Posilující komunikace** je speciální komunikace, která posiluje dorozumívání postižených jedinců, zlepšuje porozumění jejich řeči, usnadňuje jejich vyjadřování, je důležitá při integraci postižených osob, které mají komunikační problémy.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 266)

Dle Krause (2008, s. 137) je v pomáhajících profesích upřednostňován **neodsuzující, nemoralizující vztah ke klientům založený na porozumění, podpoře a úctě**. Tento vztah může být projevován verbálně, ale i pomocí neverbálních signálů, navozením atmosféry. Cílem by měla být přeměna z pasivního klienta v aktivního odpovědného člověka. Pro pomoc může být charakteristické:

- **poskytování podpory** (ochota naslouchat, neodsuzující empatický postoj),
- **výchovně – vzdělávací působení** (vysvětlování souvislostí a možností řešení),

- **poradenský** (společné hledání postupů, kontaktování další pomoci).

Kopřiva (1999, s. 130) zdůrazňuje **neutralitu pomáhajícího**, která je účinnou pomocí v mezilidských konfliktech. Pomáhající pracovník je spíše **mediátorem**, má nadhled nad situací, zajímá se o názory ostatních účastníků, nevyhledává spojenectví, je **nestranný**.

Jak zmiňuje Kraus (2008, s. 141) lidské chování není vždy v souladu s objektivní situací, lidé se chovají podle toho, **jak dané situaci rozumí**, jak si ji interpretují. Z pohledu subjektivní interpretace je každá situace specifická podmíněná jazykově, sociálně a individuálními zvláštnostmi (věkem, vzděláním, pohlavím).

Duševní porucha se odráží i v somatických projevech nemocného. Psychosomatický základ spatřuje Vybíral (2005, s. 262) v **komunikaci těla s vědomím**, tento prostor slouží pro přenos skutečných nebo klamných informací. Zcela pochopit sdělení duševně nemocného, specifikovat a lokalizovat jeho bolest je skoro nemožné, protože i pro něho, je velmi obtížné porozumět sobě samému, a také namáhavé tyto poznatky dále interpretovat. Při tomto sebezkoumání je u osob s duševním onemocněním zpravidla narušeno vnímání svého těla, sebepojetí i sebedůvěra. Velkým problémem je sebevědomí osob s psychiatrickou diagnózou a víra ve vlastní individualitu.

Složitost při práci s psychotiky zdůrazňují Svoboda, Češková a Kučerová (2006, s. 126), velké **nároky jsou kladeny právě na komunikaci, kvalitu vztahu a přístup ke klientovi**. Při komunikaci je nutné brát v úvahu psychopatologii duševní nemoci, vztahovačnost klienta může být zdrojem tenze a nedorozumění. Je důležité si uvědomit, že **vzájemnou komunikaci mohou narušit sluchové halucinace**, které jsou třetí osobou v probíhajícím rozhovoru. Základem komunikace s klientem s duševním onemocněním je **přirozenost, respekt, zájem a přizpůsobivost jeho možnostem a projevům**.

„Moderní léčení funkčních psychóz je náročné na spolupráci všech zúčastněných: pacientů, rodin a odborníků. Abychom mohli spolupracovat, potřebujeme se dorozumět. Vytvoření takového společného jazyka je dosud vzdálený cíl.“ (Kalina, 2001, s. 9)

3 ETIKA PŘI SOCIÁLNÍ PRÁCI S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Základy sociální práce stojí na principech morálky, etiky, svědomí, odpovědnosti, které bylo nutné deklarovat a zdůraznit tak statut profese sociálních pracovníků. Výchozími dokumenty jsou **Listina základních práv a svobod**, která je součástí ústavního pořádku ČR a **Etický kodex sociálních pracovníků České republiky**, zahrnující poslání, zásady a hodnoty této pomáhající profese. Sociální práce v přenesené působnosti byla v ČR legislativně ukotvena od 01.01.2012.

„**Etika** - věda o mravnosti člověka, o původu a vývoji jeho morálního vědomí, svědomí a jednání. **Etika profesní** - pravidla pro chování příslušníka určité profese zahrnující jeho práva a povinnosti, pravidla pro vztah ke klientovi a jeho rodině a vztah ke kolegům pracovníka.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 144)

Mezinárodní federace sociálních pracovníků IFSW (International Federation of Social Workers) přijala v červenci 2014 v Montrealu tuto **definici sociální práce**:

„**Sociální práce** podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Užívá teorii lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti.“ (IFSW, ©2017)

Dle Vágnerové (2002, s. 168 - 169) duševní nemoc působí jako silné **sociální stigma**. Psychóza vyvolává u nemocného nezvyklé projevy chování, **vyplývající z problematiké komunikace a jeho choroby**. Převažující negativní reakce okolí, spojené s odmítavým postojem, mají směřující tendence k **vytlačení duševně nemocného ze společnosti**. Jeho sociální status je mnohem nižší než status somaticky nemocného. **Společnost má zafixovaného jedince s psychózou jako nevyzpytatelného**. Tento postoj veřejnosti je ovlivněn odlišným chápáním světa duševně nemocných osob, jejich neschopností porozumět realitě a zdánlivě běžným situacím.

Člověk s duševním onemocněním, o to více než ostatní, potřebuje cítit bezpečí, podporu, mít osobní prostor, místo v životě, soukromí, realizovat se a to nejdůležitější – **jít cestou naděje a uzdravení se**.

3.1 Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

Je nezbytné stanovit etické zásady pomáhající profese, ale požadovat jejich dodržování není možné bez kontextu osobnosti a kompetencí sociálního pracovníka, který musí pomáhat v souladu se svým vlastním prožíváním a hodnotovým systémem. Jak uvádí Kopřiva, (1999, s. 92) základní pracovní polohou pomáhajícího je **být v empatickém kontaktu s klientem a zároveň neztratit zakotvení v sobě samém.**

Etický kodex sociálních pracovníků ČR byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků v roce 2006, jedná se o doplnění vytvořené verze touto společností z roku 1995. Mezi stěžejní principy obsažené v Etickém kodexu sociálních pracovníků ČR patří:

- **Etické zásady** kladoucí důraz na hodnoty demokracie, lidské práva, sociální spravedlnost, profesionální odpovědnost, respekt k jedinečnosti a právo na seberealizaci každého člověka.
- **Pravidla etického chování sociálního pracovníka** zahrnující podporu vědomí klienta k vlastní odpovědnosti, k využívání všech služeb a dávek, při hledání možnosti jejich zapojení do procesu řešení svých problémů, ochranu důstojnosti, soukromí, důvěrnosti a lidských práv, ale také rovnost a zákaz diskriminace, plnění povinností vůči zaměstnavateli a respekt ke kolegům.

Dle tohoto etického kodexu sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s **celostní bytostí**. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění. Sociální pracovník si je vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby s účastí, empatií a péčí. (SSP ČR, ©2018)

U klientů s duševním onemocněním spočívá hlavní problém často v mezilidských vztazích, jak uvádí Dušek, Večeřová - Procházková (2015, s. 332). **Nepovažuje se za etické poskytovat konkrétní přímé rady.** Psychologické vedení klienta by mělo směřovat především k **jeho vlastním rozhodnutím**. Klient má mít pocit, že k rozhodnutí dospěl sám a nebyl k němu donucen. Není také vhodné informovat klienta v akutním stavu o jeho potížích a interpretovat jeho zážitky. V rámci **krizové intervence se příkazů používá k rychlému odvrácení krize**, a teprve až při další komunikaci je řešení vysvětleno a poopraveno.

3.2 Role sociálního pracovníka při práci s osobami s duševním onemocněním

Pro ideální vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem je podstatné partnerství a spolupráce, založená na vzájemné důvěře a respektu. Zejména u klientů s duševním onemocněním je někdy velmi obtížné tohoto ideálu dosáhnout, získat si jejich důvěru a podpořit je v zodpovědnosti za své rozhodnutí.

Každý vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem je svým způsobem jedinečný, někdy vyžaduje velkou míru podpory, jindy spíše aktivní naslouchání. Jak zmiňuje Kopřiva (1999, s. 13 - 28) u angažovaných pomáhajících velmi negativně působí nerespektování hranic autonomie ve vztahu ke klientům, konkrétně **nadměrná kontrola a sebeobětování**. I sociální pracovník je jen člověk a nemůže mít stejnou míru pochopení pro každého klienta, ale vždy by se měl snažit o profesionální, vstřícný, **osobní přístup a zpětnou vazbu**, která je důležitým kritériem kvality vlastní práce.

Dle § 109 zákona č. 108/2006, o sociálních službách, sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytující služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci.

Mezi nepostradatelné kompetence sociálního pracovníka patří **schopnost týmové spolupráce** s dalšími odborníky ze sociální práce, státních institucí, zdravotnictví, policejních složek a sociálních služeb. Podstatná je prvotní součinnost sociálního pracovníka s ošetřujícím lékařem, teprve pak nastupuje péče psychiatra. Problémem se ukazuje ochrana osobních údajů, lékař bez vědomí pacienta nemůže předávat informace, a pokud pacient nespolupracuje, jsme v začarovaném kruhu – bylo by prospěšné nějakým způsobem deklarovat spolupráci s lékařem, rodinou a sociálním pracovníkem. Nezbytnou součástí sociální práce s klientem s duševním onemocněním je znalost jeho sociálního prostředí a kontakt s jeho příbuznými. **Rodina je v životě duševně nemocného klíčová**, sociální pracovník by ji měl kontaktovat a pokusit se o motivaci ke spolupráci.

V budoucnosti by byla velmi užitečná kooperace psychiatrické zdravotní sestry a sociálního pracovníka, kteří jsou společně schopni zajistit tolik potřebnou krizovou intervenci v terénu a zabránit tak opakovaným hospitalizacím v psychiatrické nemocnici.

Působení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu zdůrazňují Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005, s. 133 - 134), dle kterých je jeho pozice nezastupitelná a v některých fázích pro klienta s duševním onemocněním dokonce klíčová. Sociální pracovník mu poskytuje **cílenou pomoc zaměřenou na základní nebo odborné poradenství** z oblasti nepojistných sociálních dávek, sociálního zabezpečení, občanského, pracovního nebo rodinného práva, dále také **specifické intervence dle individuálních potřeb klienta** (rodinnou psychoterapii, doprovod, asistenci při jednání a komunikaci). Pro klienta s duševním onemocněním je důležité zajištění komplexní péče, protože snížením kompetencí v období propuknutí ataky, je zapotřebí podpory ve více oblastech a po delší časové období. Kvalitní sociální práce také zahrnuje prevenci stigmatizace duševně nemocných ve společnosti.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, dává sociálním pracovníkům oprávnění na základě souhlasu osoby, která se nachází v nepříznivé sociální situaci nebo je ohrožena sociálním vyloučením, vstupovat do obydlí, v němž tato osoba žije, a to s cílem vykonávat činnosti sociální práce. Přitom se musí jednoznačně identifikovat služebním průkazem. Toto oprávnění je používáno při jedné ze **základních metod sociální práce - sociálním šetření**, kdy sociální pracovník musí umět získat a vyhodnotit informace o klientovi, jeho sociální situaci a rodinném prostředí, ve kterém žije.

Dle Svobody, Českové a Kučerové (2006, s. 192) poškození poznávacích funkcí u schizofreniků má **negativní dopady na jejich praktický život**. Snížení sociálních kompetencí komplikuje kvalitu samostatného a nezávislého života. Právě na základě narušení kognitivních funkcí, nedostatečném osvojování pracovních dovedností, **omezení v sociální komunikaci**, zhoršením sociální percepce, má mnoho jedinců s diagnózou schizofrenie, **velký problém si nalézt a udržet zaměstnání**.

Sociální pracovník je v některých případech jedinou kontaktní osobou, která spojuje duševně nemocného klienta se společností. Po navázání spolupráce s klientem, se stává jeho **partnerem pro komunikaci, asistentem při jednání, doprovodem, podporou při nejistotě**. Duševně nemocný klient je při prvních kontaktech velmi ostražitý, nedůvěřivý, až po opakovaných intervencích se daří, intuicí a individuálním, trpělivým přístupem získat jeho důvěru. Následně je možné, domluvit se na spolupráci v rámci sociální práce, která bude nastavena dle stanoveného cíle a potřeb klienta. Sociální pracovník provádí základní a odborné sociální poradenství, klientovi je schopen pomoci řešit dluhovou problematiku, hospodaření s finančními prostředky, pravidelný kontakt s lékaři, zajistit sociální službu, ko-

munikovat s institucemi, zaměstnavatelem, rodinou, ale také ho doprovázet na různé schůzky nebo jednání. Hlavním pilířem této profesionální spolupráce by měla být **podpora klienta k samostatnosti, integraci, rovnocenný, partnerský přístup**, který má za cíl posílit jeho kompetence a sebevědomí.

Doporučený postup MPSV č. 1/2012 (2012, s. 10) uvádí, že základním cílem metod sociální práce na obecním úřadu je zajištění, respektive podpora „**sociálního fungování**“ klienta (jednotlivce, skupiny, či komunity) v životě obce. Základní rolí sociálních pracovníků je **udržet rovnováhu ve vztahu klient a jeho prostředí** (obec). Intervence sociálního pracovníka při porušení rovnováhy může směřovat jak ke změně u klienta, tak i ke změně života v obci (např. změna sociálního prostředí, rozšíření stávajících nebo vznik nových služeb).

3.3 Sociální a nesociální služby pro osoby s duševním onemocněním

Autorka se domnívá, že je chybou striktní vymezení poskytování sociální služby jen pro určitou cílovou skupinu. Na klienta je nutné nahlížet z více hledisek, člověk je složitou lidskou bytostí, **prolínající se více cílovými skupinami**, může být i součástí více diagnóz, rolí i skupin. Volnější systém by mohl obohatit klienty i samotné služby.

Dle Mahrové a Venglářové (2008, s. 45 - 47) samotné duševní onemocnění někdy jedince nasměřuje k vyhledání odborné pomoci. Zde se otevírá prostor pro pomáhající profese, specialisty, neziskové organizace a sociální služby. Základem sociální práce je **znalost sítě sociálních i nesociálních služeb pro danou cílovou skupinu**. V nejlepším případě by měl mít sociální pracovník osobní kontakty v těchto službách a dostatek informací k propagaci konkrétních služeb. Sociální pracovníci jsou právě ti, kdo síťují služby, pomáhají klientům komunikovat se zařízeními, institucemi a v rámci depistáže vyhledávají klienty a předávají je jinému odborníkovi. V pomáhajících profesích je stěžejní znalost vlastních kompetencí a schopnost předat klientovi reálnou nabídku. Pokud je to nezbytně nutné, tak zajistit i doprovod nebo jinou formu podpory. Sociální pracovník si **musí být vědom svého místa v systému sociální pomoci a služeb**.

Sociální služba: „Činnost nebo soubor činností podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem

sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Řešení nepříznivé sociální situace a sociální začleňování osob ohrožených sociálním vyloučením dává § 92 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, za povinnost obecním úřadům obcí s rozšířenou působností (typu III). Tyto povinnosti vykonávají formou sociální práce a její koordinací v rámci svého územního obvodu, v některých případech i mimo územní příslušnost. Jednou z povinností obecního úřadu obce s rozšířenou působností totiž je **zajistit poskytnutí sociální služby osobě, které není tato služba momentálně poskytována, osoba sociální službu nutně potřebuje a její neposkytnutí by ji mohlo ohrozit na životě či zdraví.** Dalším úkolem obecního úřadu obce s rozšířenou působností je dle § 92 výše uvedeného zákona **koordinování poskytování sociálních služeb** v místě tak, aby bylo pokryto celé spektrum, které občané žijící na území potřebují.

Sociální pracovník obce pracuje **metodou síťování**. Síť je dle Doporučeného postupu MPSV č. 1/2012 (2012, s. 17) formálním či neformálním spojením lidí a organizací, **je sítí vztahů, která umožňuje jejich vzájemnou komunikaci a spolupráci**. Subjekty v síti mohou navzájem sdílet zdroje, dovednosti, kontakty a znalosti, usilují o dosažení stejných či podobných cílů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, rozděluje základní druhy a formy sociálních služeb dle § 32 na **služby sociální péče, sociální prevence a sociálního poradenství**, dle § 33 se sociální služby poskytují jako **služby pobytové, ambulantní nebo terénní**.

Cílová skupina osob s duševním onemocněním využívá všechny formy nabízených sociálních služeb s ohledem na specifika diagnózy a v závislosti na momentální fázi duševní nemoci. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, nabízí pro osoby s duševním onemocněním tyto služby:

- **sociální péče** – osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení,
- **sociální prevence** – telefonická krizová pomoc, krizová pomoc, služby následné péče, terapeutické komunity, sociální rehabilitace,
- **sociální poradenství** – základní a odborné sociální poradenství.

Při konkrétním srovnání jsou ve zkoumané lokalitě Otrokovice pro tuto cílovou skupinu dostupné tyto sociální služby – **pečovatelská služba, sociální rehabilitace a sociální poradenství**. Stěžejní náplní práce sociálního pracovníka města je **zajištění základního a odborného sociálního poradenství**. Kromě toho spolupracuje nejen se sociálními službami, ale také s nesociálními službami, jako je např. Potravinová banka ČR, Charitní šatník Charity sv. Anežky Otrokovice, Český červený kříž zajišťující ošetrovatelskou péči a rovněž s lékaři a institucemi, hlavně s Úřadem práce ČR a Okresní správou sociálního zabezpečení. Sociální pracovník také poskytuje součinnost soudům a policii.

Pečovatelská služba dle § 40, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vykonává tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Sociální rehabilitace dle § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních, ambulantních nebo pobytových služeb.

Zmíněnou službu sociální rehabilitace **využívá v Otrokovicích 10 klientů s duševním onemocněním.**

4 INSPIRACE V NIZOZEMSKÉM MODELU

Jakožto možnou inspiraci v zahraničí pro péči o duševně nemocné jsem zvolila systém péče v Nizozemsku, který má dlouhou tradici a začal nejprve jakožto plně institucionální systém, jenž se postupně **transformoval na komunitní**. Nizozemský systém jsem měla možnost v roce 2017 poznat při studijním pobytu v rámci **projektu Partnerství pro osoby duševně nemocné na Otrokovicku** financovaného ESF v rámci programu Zaměstnanost. Stáž probíhala v areálu léčebny **GGzE v Eindhovenu**, kde jsou provozovány zdravotnické i sociální služby pro klienty s duševním onemocněním. Během studijní cesty jsem v Eindhovenu osobně navštívila sociální zařízení a služby určené nejen pro osoby s duševním onemocněním. Seznámila jsem se s fungováním **peer programů, komunitních a nízkoprahových center, sociálním bydlením a multidisciplinárními týmy**. Opravdu velmi pozitivně na mě zapůsobil celý areál léčebny GGzE doplněný pražírnou kávy, restaurací, obchůdky a službami, její otevřený prostor, kde je možné zažít příjemný pocit místa, které není pouze nemocnicí, ale je místem života bez stigmatizace z nemoci.

Cesta k současné situaci v Nizozemí však také nebyla lehká. Jak uvádí Winkler a kol. (2013, s. 46), existují zde dva pojišťovací systémy odvislé od délky trvání léčby. Od šedesátých let 20. stol. je systém povinného pojištění určen pro léčbu trvající méně než jeden rok. Pakliže léčba přesáhne tuto dobu, pojišťovny ji přestanou hradit a náklady jsou potom hrazeny státem v rámci Všeobecného zákona o mimořádných zdravotních nákladech (pro specializovanou péči, tzv. Algemene wet bijzondere ziektekosten) jako dlouhodobá péče. Po krátkém intermezzu v sedmdesátých letech 20. stol., kdy se léčba hradila pouze z druhého pilíře, se k tomuto systému vrátilo Nizozemsko zpět od roku 2008, kdy byly ale pro psychiatrické diagnózy zavedeny jiné tarify než v ostatních zdravotnických oblastech. **Zdravotní i sociální služby jsou řízeny jedním Ministerstvem veřejného zdravotnictví, prosperity a sportu** a komplexní péče ukotvená ve Všeobecném zákoně o mimořádných zdravotních nákladech sleduje vždy individuální potřeby konkrétního klienta. Klient obdrží péči prostřednictvím tzv. **nároku na péči**, který uplatní u poskytovatele služeb, kterému službu uhradí pojišťovna dlouhodobé péče. **Volba poskytovatele je na uživateli**. Tento systém pochopitelně vyžaduje zajištění stabilního financování, přičemž hlavní zdroje vyplývají z povinného pojištění dlouhodobé péče, v rámci něhož daňový poplatník odvádí 14% z hrubého příjmu na úhradu tohoto pojištění, což je kritikům tohoto systému trnem v oku. Z tohoto důvodu i zde je velký tlak na úsporná opatření a je kladen důraz na co největší ekonomickou soběstačnost jak institucí, tak uživatelů, zajištění pomoci osob z nej-

bližšího okolí, a také na co největší využití dobrovolníků či peerů. Přesto všechno si systém uchovává **finanční i zdravotně-sociální stabilitu** a důraz kladený na fundraising sice přispívá k rozvoji organizace, není však pro organizace poskytující péči a služby základní podmínkou přežití.

4.1 Základní pilíře péče o duševně nemocné

Mezi základní pilíře péče v Nizozemsku patří důraz na co největší možné **snížení kapacit ústavní lůžkové péče** pro osoby s duševním onemocněním. V těchto zařízeních jsou pouze osoby, u kterých je to nezbytně nutné v akutní fázi nemoci a které jsou nebezpečné sobě či okolí. Tento přístup nepochybně předchází vzniku tzv. **hospitalismu**, který je v našich podmínkách poměrně hojně rozšířen. Je kladen velký důraz na **komplexnost péče** a vstupem do ozdravného systému se v rámci pomoci klientovi řeší nejen jeho nemoc, ale i zaměstnání, vztahy a bydlení, aby mu byl umožněn co nejrychlejší návrat do jeho přirozeného prostředí. Dalším rysem je velký důraz na **komunitní péči**, kdy každá všeobecná nemocnice má svá psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a provozuje tzv. **krizová lůžka** např. na 24 hod. či krátkodobé týdenní pobyty. U klientů pracují **multidisciplinární týmy** tzv. **FACT týmy**, které poskytují klientům podporu až 24 hodin denně v dojezdové době do 40 minut. Jedná se typicky o 16 pracovníků, kteří mají na starosti cca 200 klientů v jejich přirozeném prostředí. Tímto se předchází hospitalizacím a jsou schopni zvládnout krizi ve většině případů v domácím prostředí klienta. Týmy jsou složeny z psychologa, psychiatra, peer pracovníka, sociálního pracovníka, case managera, job kouče atd. V Nizozemsku je rovněž typický důraz na tzv. **peer pracovníky**. Peer je zkušenostní expert, člověk se zkušeností s duševní nemocí, který absolvoval školicí program pro pomoc dalším duševně nemocným osobám. Pečeři pracují ve službách nejčastěji jako dobrovolníci, ale mohou se z nich stát i profesionálové. V GGzE je v současné době cca 80 placených peer pracovníků, kteří jsou součástí týmů a některé služby dokonce vedou, např. **pobytové zařízení Klaverblad určené pro suicidální osoby**. Provoz tohoto zařízení zajišťují pouze pečeři. Klienti zde mají prostor svou situaci před sebevraždou přehodnotit, protože ve většině případů nechtějí zemřít, ale jen neví jak dál pokračovat v životě. Hlavním tématem zde není sebevražda, ale každodenní plán dne začínající otázkou, co by chtěl dnes klient dělat. Důležitý je právě kontakt s osobou se zkušeností a vztah založený na důvěře a naději.

4.2 Filozofie ozdravného procesu

Mezi základy nizozemského modelu patří snaha o co největší **sebeaktivaci a posilování zdrojů** klienta (empowerment) v rámci programu „Uzdrav se sám“. Je zde kladen velký důraz na **vlastní zodpovědnost** a na co nejvyšší **využití potenciálu a schopností klienta**, které měl před nemocí. Rovněž je zde praktikována **rovnost přístupu** a systém není přísně hierarchizován ve smyslu vedení - klient - zaměstnanec - peer pracovník. V Nizozemsku věří, že důležitý je názor každého, včetně samotného klienta. Zaměstnanci v pomáhajících profesích zde nevystupují v rolích odborníků na život klienta, nýbrž věří, že největším odborníkem na svůj život je klient sám. Na vysoké úrovni je rovněž systém ochrany práv klientů, který má čtyři základní pilíře:

- **radu uživatelů** - v rámci ní se klienti sami se vyjadřují ke kvalitě péče, navrhují změny, hodnotí atd.; klienti tak mohou svými podněty a připomínkami aktivně ovlivnit chod organizace, jsou pro ni nepostradatelným zdrojem zpětné vazby,
- **kontrolní komisi**, která řeší stížnosti klientů na péči atd.,
- **ombudsmana**, tzv. trust person, hájícího práva uživatelů
- **family organization** (organizace sdružující rodinné příslušníky klientů), které jsou velmi aktivní a fungují jako další část ozdravného procesu.

Studijní pobyt byl pro mě velkou inspirací z hlediska pozitivního a motivačního přístupu při práci s duševně nemocnými klienty ve smyslu snahy o podporu silných stránek klienta, uplatňování jeho talentu a snaze věnovat kontaktu s ním dostatečný časový prostor. Klient je ten, kdo rozhoduje o svých prioritách, sociální pracovník vždy respektuje jeho osobnost, jeho potřeby a podporuje ho při hledání řešení. Při navázání kontaktu je důležité budovat vztah postavený na vzájemné důvěře a respektu, kdy bude následně možné hovořit i o nepříjemných osobních tématech, týkajících se zanedbání hygieny a nepořádku. V komunikaci je vyzdvihnuto naslouchání, partnerský přístup, volba tématu, oční kontakt, zachování osobního prostoru, bezpečné prostředí. Je důležité **mluvit s klientem**, ne o klientovi, **poslouchat jej, soustředit se na jeho skutečné potřeby a přání, dát mu naději, náplň života, oporu - být jeden krok za ním.**

Velký důraz je kladen také na **aktivní občanství a dobrovolnictví**, které má v Nizozemsku velkou tradici a prestiž. Podnětný je rovněž **systém sociálního bydlení**, hlavně chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním Ignatius House, které propo-

juje pobytové služby s terénními a současně poskytuje také krizové lůžka. Pokud se klient domnívá, že samostatné bydlení nezvládá, má možnost se na přechodnou dobu vrátit do služby s vyšší mírou podpory, aniž by přišel o to stávající. Základem je dohoda o spolupráci s klientem, jeho iniciativa, plán a cíl. **Součástí je koučování a sledování v jaké fázi uzdravení se klient nachází**, zda mu nastavená medikace vyhovuje a účinně pomáhá. Při práci s klienty je kladen důraz na navázání kvalitního vztahu a častý přátelský kontakt i s těmi, kteří již bydlí mimo zařízení. **Cílem je podpora schopností a dovedností klienta, vedení k samostatnosti a snížení závislosti na službě.** Na žádost klienta ohroženého finanční negramotností přebírá pracovník organizace odpovědnost za hospodaření a tím předchází jeho zadlužení. V Nizozemsku fungují **bytová družstva** pronajímající s podporou obce komerční a sociální byty, která zisk z pronájmů bytů investují do výstavby dalších bytů. Za zmínku stojí také **specifický program určený pro rodiče s psychiatrickou diagnózou**, kteří mají v péči své děti. Záměrem je naučit je psychohygieně, zvládnutí běžných záležitostí, získat jejich důvěru, přijetí své onemocnění a tím snížit zátěž, která je přenášena na dítě, protože společným cílem je ochrana dítěte.

Velmi rozšířené jsou v této zemi **nízkoprahová komunitní centra**, která jsou prostředím pro setkávání různorodých skupin a lidí. Projekt denních center v Nizozemsku začal již v roce 1991 a zpočátku byl určen primárně osobám opouštějícím léčebnu. V současné době jsou tato centra otevřená nejen pro lidi s nárokem na péči. S podporou sociálního pracovníka nabízí tato místa dobré zázemí pro práci s lidmi s duševním onemocněním. Typické je **přivítání klienta s šálkem kávy**, který má možnost si zde nejen vypít kávu, ale i popovídat si a požádat o podporu. Příkladem je **Flat tire** (měkká duše), opravna kol a prodejna „z druhé ruky“, kde se mohou pracovně zapojit osoby ze všech cílových skupiny. Odevzdávána jsou zde nalezená nefunkční kola, kterých je zde velmi mnoho. Opravna je umístěná ve velkém obytném domě a pořádáním kulturních a sportovních akcí spojuje životy zdravých lidí s osobami s duševním onemocněním.

4.3 Recovery koncept – cesta k uzdravení se.

Relativně nový koncept **recovery (zotavení)** vychází z holistického náhledu na člověka a je zaměřen nejen na obnovení duševního zdraví nemocného, ale i na jeho celkové sociální fungování ve společnosti. Jak uvádí Spaniol a kol. (1994, s. 99), lidé s duševním onemocněním nemají „problém“. Mají pouze nějaké zdravotní postižení, onemocnění. Hlavní problémem pro ně však jsou negativní postoje jednotlivců ve společnosti.

Tak jako po každé relativně běžné nemoci či úrazu typu chřipka prochází nemocný jedinec procesem zotavení, tak je tento proces nezbytný i u duševních onemocnění. Psychiatrická onemocnění však mají devastující dopady na celkový život člověka a mnohdy i na život rodiny, ve které nemocní žijí. Duševně nemocní jsou důsledkem nemoci a získaným společenským stigmatem zmítání pochybami o smyslu života, prožívají silný pocit vykořenění, strachu ze sebe sama a ztrácí kontakt se společností. Jejich schopnost budovat nové kontakty a udržovat ty stávající je značně snížena.

Dle Spaniola a kol. (1994, s. 1) je koncept zotavení proces, díky němuž osoby s duševním onemocněním znovu budují důležité společenské vazby a dále je rozvíjejí. Zároveň se tím vyrovnávají se ničujícími důsledky společenského stigmatu tím, že posilují svou sebedůvěru přehodnocením životních postojů a cílů, pocitů, vnímání a přesvědčení prostřednictvím sebepoznání, sebeobnovy a celkové proměny. Vytváří si novou představu o svém já a postavení ve světě, což je nepochybně obtížný a náročný úkol s ohledem na míru stresu, které vyrovnání se s nemocí přináší.

Přínos tohoto konceptu vyrovnání se s nemocí spočívá tedy hlavně v přenesení pozornosti z choroby jako takové na samotného nemocného člověka a jeho možnosti zotavení. V každém člověku jsou skryté zdroje a je třeba je rozvíjet, informovat o nich a pracovat s nimi.

Spaniol a kol. (1994, s. 10-12) rozčleňují proces zotavení na jednotlivé fáze.

- **Šok** - objevení nemoci může přijít náhle či pozvolna. Nemocní však obvykle nechápou, co se to s nimi děje a cítí se ohroženi a ztraceni.
- **Zapírání** - zapírání nemoci má dvě roviny. Jednak mají nemocní tendenci popírat nemoc sami před sebou. Věří, že odezní sama, že budou zase „normální“ a vše se samo vyřeší. Jedná se o fázi, která nemůže trvat dlouho, ale je nesmírně důležitá neboť nemocný není schopen informaci o nemoci přijmout hned. Druhou rovinou

je pak strach ze společenské stigmatizace. Nemocní mají obavy, jak na nemoc budou reagovat přátelé, rodina, systém apod. nejsou připraveni tomu čelit a proto nemoc popírají a tím se v danou chvíli se situací vyrovnávají.

- **Deprese** - deprese často u nemocných, vede k nástupu naprostého zoufalství a beznaděje. Jako u ostatních fází procesu, je možné v ní setrvat dlouhou dobu, s pocitem, že už se z ní, nemocný nikdy nedostane. V takové případě je obzvláště důležitá podpora blízkých osob, které tuto fázi pomohou překonat. Může se jednat rodinu, blízkého přítele, souseda či spolupacienta, kteří nutně nemusí něco činit, stačí, když v danou chvíli stojí při nemocném a neopustí jej. I tato fáze tedy může s podporou časem pominout a pomůže v posunu nemocného dále směrem ke zotavení.
- **Hněv** - může se jednat o hněv na nemoc samotnou, zdravotní systém, který není schopen pomoci, společnost, rodinu, přátele, či předsudky společnosti. Nenávisť k nám samotným, protože svou nemoc nejsme schopni zvládnout. Hněv však pomáhá, jedná se v tomto smyslu o výraz síly nemoci čelit, o postupné uvědomování, co je dobré a co ne. Je třeba jej zvládnout, přijmout a brát vážně.
- **Přijetí** - pakliže nemocný cítí, že jej přijímají ostatní, je pro něj mnohem jednodušší přijmout sebe sama. Jedná se o velmi postupný proces, v rámci nějž jsou pokroky velmi křehké. Jedná se o malé krůčky, které postupně budují sebedůvěru nemocného, obnovují zdravé vnímání světa i jej samotného. Postupně tvoří nové já a nachází smysl života. Rovněž krok po kroku buduje či obnovuje kontakty s lidmi a je schopen přijímat zpětnou vazbu. Důležitým prvkem tohoto procesu je potřeba uznání pokroků na straně nemocného okolím.
- **Vyrovnaní** - vyrovnání vychází z přijetí sebe sama takového, jací jsme. Nemocný se naučí bez iluzí žít s tím, jaký je a je si vědom své hodnoty i toho, co může světu nabídnout. Nemocný si ujasní své silné a slabé stránky, úspěchy, pády, hodnoty a uvolní tak tlak, který je na něj kladen. Přijme fakt, že není v životě nutné zvládnout úplně všechno a uvědomí si, co chce v životě dělat a jak.
- **Stát se rádcem** - jedná se v tomto smyslu o to, stát se rádcem sám sobě. Nalezení nové identity a smyslu života člověka nabije energií a sám sebe a svou nemoc vnímá jiným způsobem. Přemýšlí a jedná jiným způsobem a cítí větší důvěru ve vlastní schopnosti.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Praktická část plynule navazuje na teoretickou část, která se věnuje duševním poruchám, konkrétně psychózám, specifikuje komunikaci mezi sociálním pracovníkem a duševně nemocným klientem a zabývá se také etikou sociální práce. V závěru autorka zmiňuje nizozemský model a způsob „uzdravení se“ v péči o osoby s duševním onemocněním. Základem tohoto výzkumu byla dlouholetá práce autorky s osobami s duševním onemocněním. Rozhovory bylo možné uskutečnit jen díky znalosti sociální situace klientů, jejich prostředí a aktuálního duševního stavu.

Práce si klade za cíl zjistit specifické rysy a znaky komunikace mezi sociálním pracovníkem a osobou s duševním onemocněním. Dále se snaží uchopit, jestli tento kontakt směřuje k naplnění potřeb klientů s duševním onemocněním a pomáhá jim uplatňovat svá práva a zájmy, zda mají možnosti na základě této komunikace srozumitelně vyjádřit svá přání či nespokojenost a rozumí sociálním situacím, ve kterých se nachází, a jaké důvody je vedou k určitému jednání nebo komunikaci.

S ohledem na typ výzkumných otázek, které se snaží pochopit osoby s duševním onemocněním, jejich vnímání kontaktu s vnějšími subjekty a způsoby vyjadřování, byl zvolen kvalitativní výzkum. Výzkum se snaží vystihnout specifčnost komunikace s duševně nemocným klientem.

5.1 Výzkumné otázky

Jaké specifické rysy vykazuje komunikace s duševně nemocným klientem?

Naplňuje kontakt klienta s duševním onemocněním se sociálním pracovníkem jeho potřeby a očekávání?

Jsou schopny osoby s duševním onemocněním srozumitelně vyjádřit svá přání i nespokojenost?

Pomáhá intervence sociálního pracovníka v uplatňování práv a zájmů u klientů s duševním onemocněním a zabraňuje jejich sociální izolaci?

5.2 Cíl výzkumné práce

Cílem práce je prozkoumat, jaká jsou specifika komunikace sociálního pracovníka obecního úřadu obce s rozšířenou působností s duševně nemocným klientem. Zda osobám s duševním onemocněním tento sociální kontakt pomáhá naplnit jejich potřeby, životní cíle a očekávání.

Dalším dílčím cílem je objasnit, jestli intervence se strany sociálního pracovníka obecního úřadu obce s rozšířenou působností umožňuje klientům vyřešit problémy při komunikaci se subjekty v jejich sociální prostředí, začleněním do společnosti a bojem proti stigmatizaci a sociálnímu vyloučení.

5.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří osoby s duševním onemocněním v Otrokovicích, které spolupracují se sociálními pracovníky Městského úřadu Otrokovice v rámci sociální práce. V současné době se jedná o 15 klientů s diagnostikovaným duševním onemocněním, zejména s diagnózou paranoidní schizofrenie a maniodepresivní psychózy.

Výzkumný soubor byl stanoven záměrným výběrem 5 osob dle těchto kritérií:

- jedná se o osobu s duševním onemocněním, která žije v Otrokovicích,
- osoba spolupracuje při řešení své sociální situace se sociálním pracovníkem Městského úřadu Otrokovice,
- zdravotní stav je v současné době stabilizovaný, klient má náhled na svou sociální situaci.

Původním záměrem bylo oslovit 7 osob (3 ženy a 4 muže) splňujících výše uvedená kritéria, ale jedna klientka byla během výzkumu pro zhoršení zdravotního stavu hospitalizována v psychiatrické nemocnici a další klientce její momentální duševní stav neumožňoval tento rozhovor uskutečnit.

Z důvodu ochrany osobních údajů nebudou u respondentů používány údaje: jméno, příjmení, datum narození (pouze ročník narození) a respondenti budou označeni čísly 1 až 5.

5.4 Výzkumná technika

Ve výzkumu je použito více výzkumných metod, jde o kombinaci dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů, analýzy spisové dokumentace sociálních pracovníků a Jednotného informačního systému MPSV, konkrétně se jedná o **rozhovor a studium dokumentace**. Podstatným aspektem provedeného výzkumu byla ochota respondentů odpovídat na dané otázky, ale také jejich momentální psychické rozpoložení, neboť přístup k osobám s duševním onemocněním je velmi problematický.

5.4.1 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor se uskutečnil v místě bydliště účastníků, tedy přímo v jejich bytě, v jejich soukromí, kde se cítí v bezpečí. Všem účastníkům byla také nabídnuta možnost využít prostředí městského úřadu, kde následně také probíhá sociální práce, ale všichni upřednostnili své domácí prostředí. V souladu s pravidly tohoto typu rozhovoru byly připraveny rámcové otázky a okruhy, na které bylo možné v průběhu navázat. Tyto otázky mají charakter konceptu, v žádném případě nebylo nutné se jich pevně držet, pokud se průběh rozhovoru vyvíjel jiným, neméně zajímavým směrem. Účastníci dostali dostatečný prostor k vyjádření svých pocitů a názorů. Rozhovor neměl žádné časové omezení, byl veden individuálně vzhledem k náročnosti a aktuálnímu psychickému rozpoložení účastníka výzkumu.

5.4.2 Analýza spisové dokumentace a standardizovaných záznamů Jednotného informačního systému MPSV

V této fázi proběhlo studium spisové dokumentace sociálních pracovníků Městského úřadu Otrokovice vedené také v Jednotném informačním systému MPSV formou Standardizovaných záznamů sociálního pracovníka, které zahrnují konkrétní přímou sociální práci s respondenty. Subjektivní vnímání situace klientů s duševním onemocněním je doplněna o pohled sociálních pracovníků. Analýza spisové dokumentace proběhla s vědomím a souhlasem zaměstnavatele a respondentů.

5.5 Způsob zpracování dat

Na základě srozumitelného vysvětlení průběhu výzkumu a se souhlasem účastníků, byly rozhovory nahrány na záznamník a doslovně přepsány. Písemná podoba byla zpracována v programu MS Word. Pro vyhodnocení byla použita metoda zakotvené teorie a tzv. trojstupňové kódování.

Při zpracování byly v textu dle Gavory (2008, s. 218-220) vyhledány jednotlivé úseky textu (segmenty), které se týkaly jedné věci a tyto byly zahrnuty do jedné významové kategorie, pojmenovány a označeny kódem. Následně byla data seřazena podle jednotlivých významových kategorií a byly hledány vztahy mezi nimi směřující k nalezení kategorie vyššího stupně, která by byla nadřazena několika dalším. Poslední etapou byla slovní interpretace celé struktury významových kategorií a snaha o vytvoření teorie ze získaných dat.

Spisová dokumentace, záznamové listy sociálních pracovníků byly podrobně prozkoumány, aby bylo možné na situaci účastníků výzkumu nahlédnout v širších souvislostech. Další informace byly získány z Jednotného informačního systému MPSV, do kterého mají povinnost sociální pracovníci evidovat intervence ze své sociální práce. Na základě dokumentů a rozhovorů byly vypracovány k respondentům konkrétní kazuistiky.

Jestliže bude zaznamenána ochota ze strany účastníku výzkumu, pokusí se autorka práce i o zpětnou verifikaci dat, tedy ověření dat po přepsání rozhovorů za cílem ujištění, že interpretovala a pochopila vyjádření účastníků správně, případné nesrovnalosti budou následně doplněny. Zvýšení validity výzkumu bude zajištěno použitím více výzkumných metod sběru dat, a to rozhovorem a studiem dokumentace. Na sociální situaci účastníků výzkumu, získáním většího množství informací, tak bude možné pohlédnout objektivněji z více stran.

5.5.1 Základní struktura rozhovoru

Sociální anamnéza:

- věk, bydliště, vzdělání, zdravotní stav, sociální situace.

Příklady položených otázek:

- Jaké vidíte možnosti uplatnění/zapojení ve společnosti?
- Jaký je Váš kontakt s okolím mimo přirozené prostředí?
- Vnímáte nějaké problémy ve vztazích se subjekty sociálního prostředí?

- Je pro Vás komunikace s vnějším prostředím problematická?
- Máte nedorozumění či konflikty se společnostmi nebo institucemi?
- Setkal jste se s negativními předsudky ze strany veřejnosti?
- Docházíte pravidelně k lékaři? Užíváte medikaci?
- Pomáhá Vám kontakt se sociálním pracovníkem v komunikaci s vnějším prostředím?
- Jste v kontaktu s rodinou nebo příbuznými?
- Máte nedorozumění či konflikty s příbuznými?
- Cítíte se ve svém prostředí v bezpečí?
- Máte možnost rozhodovat o svém životě?
- Jaké máte životní cíle nebo plány?
- Jste schopen uplatňovat Vaše práva a zájmy?
- Jaké máte potíže?
- Cítíte se diskriminován?
- Jaký je Váš postoj ke své nemoci?
- Jste v současné době spokojený nebo chcete změnu?
- Spolupracujete se sociálním pracovníkem?
- Jak často jste v kontaktu?
- Vyhovuje Vám způsob komunikace se sociálním pracovníkem?
- Je komunikace se sociálním pracovníkem srozumitelná?
- Je pro Vás spolupráce se sociálním pracovníkem přínosem?
- V čem konkrétně Vám sociální pracovník pomohl?
- Využíváte sociální/nesociální službu?
- Docházíte pravidelně?
- Kde jste získal informace o této službě?
- Jste spokojený v tomto prostředí?
- Jak se Vám daří komunikovat/ navázat kontakt s ostatními?

Rozhovory se zaměřovaly na pokrytí co nejširší oblasti sociálních kontaktů osob s duševním onemocněním zasahujících do rodiny, sociální služby, společnosti, nemoci a sociální práce.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Při výběru výzkumného souboru byly dodrženy stanovené podmínky, všech 5 respondentů, (jedná se o 4 muže a 1 ženu), bydlí v Otrokovicích a jsou klienty s duševním onemocněním sociálních pracovníků Městského úřadu Otrokovice. Všichni oslovení klienti souhlasili s rozhovory v domácím prostředí. Reagovali velmi pozitivně na projevený zájem o účast v rozhovorech. Schůzky byly vždy sjednány po předchozí telefonické domluvě s respektem k soukromí a psychickému rozpoložení účastníka. V jednom případě muselo být natáčení rozhovoru odloženo z důvodu špatného duševního stavu respondenta. V dalším případě byl několikrát telefonicky změněn termín podle psychické kondice respondenta.

Před samotným nahráváním rozhovoru bylo krátce hovořeno o životě a sociální situaci respondenta s cílem navodit důvěrnou atmosféru a získat informace pro vypracování kazuistik. Někteří účastníci odpovídali na kladené otázky pomalu, někdy se odmlčeli a bylo těžké je na dané téma více rozmluvit. Někteří naopak velmi pohotově, ale často se v myšlenkách ztratili. Jeden respondent byl velmi vztahovačný, soustředil se na probíhající nahrávání, bylo těžké navodit důvěrnou atmosféru. Během rozhovorů neustále probíhal oční kontakt, výzkumník se snažil svým postojem o vyjádření podpory a účasti. Jeden respondent nebyl tohoto kontaktu vůbec schopen, během celého rozhovoru se díval do stolu.

Po ukončení nahrávání rozhovorů byla na účastnících vidět únava, ale současně také pocit uvolnění. Všichni mají závislost na nikotinu, proto rozhovor nikdy netrval déle než hodinu. Probíhal v časovém horizontu - nejkratší 38 min. až po 57 min. Všichni se shodovali, že jim způsob vedení rozhovoru vyhovoval, neměli problém s nahráváním, jeden účastník dokonce konstatoval, že s ním nikdo v životě takto nemluvil. Další z účastníků přislíbil pomoc do budoucna a kontakt s klientem stejného věku a diagnózy. U jednoho respondenta se ukázal důležitý způsob vedení rozhovoru. Na začátku převládala nedůvěřivost, protože s klientem nebyl výzkumník v dlouhodobějším osobním kontaktu. V průběhu rozhovoru převládaly u klienta paranoidní rysy, vztahovačnost, občasná slovní útočnost, ale zároveň klient odmítal rozhovor ukončit, chtěl v něm pokračovat, dožadoval se psychologických testů.

Během pravidelného kontaktu v rámci sociální práce se autorka pokusila o zpětnou verifikaci dat, byly opraveny údaje v kazuistikách respondentů, ověřena správnost přepsaných rozhovorů a proběhla kontrola srozumitelnosti sdělení účastníků výzkumu. Někteří účastníci měli zájem si rozhovor znovu poslechnout.

6.1 Anamnestické údaje

Anamnestické údaje byly získány z osobního kontaktu s respondenty, provedených rozhovorů a doplněny studiem spisové dokumentace. Před natáčením rozhovoru byl prostor s účastníkem hovořit o jeho minulosti, rodině, práci, studiu a nemoci, s cílem získat tyto konkrétní údaje pro následující kazuistiky.

6.1.1 Respondent č. 1

Občanka České republiky, žena, 71 let, vdova, bezdětná, pobírá starobní a vdovský důchod. Má přiznán příspěvek na péči I. stupně, příspěvek na mobilitu a průkaz pro osoby se zdravotním postižením. Trvalé i faktické bydliště v Otrokovicích. Bydlí v bytě velikosti 2+1, který má v osobním vlastnictví. Má ukončené středoškolské vzdělání - gymnázium. Narodila se v Hustopečích okres Břeclav, má 2 sestry, rodiče spolu žili celý život. Po své svatbě se přestěhovala do Otrokovic. Během života pracovala jako uklízečka, administrativní pracovnice v pojišťovnictví a bankovníctví. **Ve 30 letech se po pracovní a osobní zátěži zhroutila a byla hospitalizována v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.** Musela se starat o dvě malé děti své sestry, která je opustila. Kvůli tomu měla 2 zaměstnání. Po ukončení hospitalizace byla v ambulantní psychiatrické péči a užívala medikaci. **Má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii, maniodepresivní psychózu. V pozdějším věku se pokusila o sebevraždu.** S manželem společně navštěvovali kulturní a společenské akce. Po jeho smrti se zhoršil průběh jejího duševního onemocnění, přidaly se neshody se sousedy, ohrožování obyvatel domu, izolace v bytě, neplacení nákladů na bydlení, neužívání léků, odmítání lékařské pomoci a kontaktu s okolím. Následně po rozbití vstupních dveří a vybavení domu byla odvezena za asistence policie a ZZS do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. K příslušnému soudu byl podán Městským úřadem Otrokovice podnět k posouzení svéprávnosti. Po 6 měsících hospitalizace byla propuštěna zpět do domácího prostředí. Momentálně probíhá řízení o ustanovení opatrovníka, protože byla omezena ve svéprávnosti. Její zdravotní stav je adekvátní věku, po duševní stránce je stabilizovaná, užívá medikaci, dochází k lékařům i ambulantnímu psychiatrovi. **Je v pravidelném kontaktu se sociálním pracovníkem, který ji pomáhá orientovat se v doručených písemnostech, komunikaci s institucemi, lékaři, hospodařením, úhradou dluhů a nastavením služeb.** Využívá pečovatelskou službu na úklid, nákupy a doprovod k lékaři, ošetřova-

telskou službu ČČK na přípravu léků a službu sociální rehabilitace, která se jí snaží aktivizovat a umožňuje jí sdílení a kontakt s lidmi s duševním onemocněním.

6.1.2 Respondent č. 2

Občan České republiky, muž, 47 let, rozvedený, pobírá invalidní důchod III. stupně. Trvalé i faktické bydliště v Otrokovicích. Bydlí v bytě velikosti 3+1 společně se svým otcem. Má základní vzdělání. **Z důvodu duševního onemocnění nedokončil učební obor strojní mechanik.** Pracoval v úklidové firmě, v masně a ve firmě na recyklování odpadů. Byl dlouho nezaměstnaný, v evidenci úřadu práce, pobíral dávky pomoci v hmotné nouzi. **Je otcem 5 dětí**, z toho jsou 3 nezletilé a nezaopatřené. Nejstarší dcera byla svěřena do péče matce, první manželce a je v ústavní péči. Dva synové jsou v péči druhé manželky. **S dětmi se nestýká.** Probíhá trestní stíhání pro neplacení výživného. Narodil se v Otrokovicích, má starší sestru, která žije v zahraničí. Rodiče spolu strávili celý život. **Matka měla diagnostikovanou paranoidní schizofrenii**, byla v ambulantní psychiatrické péči, po odchodu jejího psychiatra do důchodu, přestala užívat medikaci a několik let odmítala odbornou péči. Byla opakovaně hospitalizována. **Nepodařilo se efektivně nastavit léčbu, neměla náhled na svou nemoc**, bydlela s manželem, který byl ustanoven jejím opatrovníkem. Jeho otec má problém se závislostí na alkoholu. Měl úraz hlavy a byl ve špatném zdravotním stavu hospitalizován v nemocnici. Syn se domnívá, že mu úraz způsobil, otec to popírá. Počáteční známky duševního onemocnění se projevily již na základní škole a středním odborném učilišti. První kontakt s ambulantním psychiatrem byl ve 24 letech. V soustavné ambulantní psychiatrické péči posledních 5 let. Byl opakovaně hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. **Má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Po smrti matky, o kterou pečoval, začal ve velké míře užívat alkohol a přestal užívat léky.** Odmítal kontrolu u psychiatra. **Měl sebevražedné sklony.** Byl v kontaktu jen se sociálním pracovníkem a pracovnící sociální rehabilitace, která zajišťovala doprovod. Pod vlivem alkoholu při vyhrožování, že podpálí dům, byl hospitalizován za asistence policie v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Po ukončení týdenní hospitalizace se vrátil do domácího prostředí. V současné době je v ambulantní péči psychiatra, užívá medikaci. Abstinuje a pečuje o svého nemocného otce. **Spolupracuje se sociálním pracovníkem, který mu pomáhá řešit dlužné výživné, doručené písemnosti, s finančním hospodařením, osobními záležitostmi a při komunikaci s institucemi.** Je klientem služby sociální reha-

bilitace, kterou kromě doprovodu, nyní jinak aktivně nevyužívá. Vyjma intenzivní spolupráce se sociálním pracovníkem, nemá zájem o jiný osobní kontakt mimo svůj domov.

6.1.3 Respondent č. 3

Občan České republiky, muž, 28 let, svobodný, bezdětný, pobírá invalidní důchod - invaliditu III. stupně, **indikována paranoidní schizofrenie, slyší hlasy, má halucinace**. Trvalé i faktické bydliště v Otrokovicích. Pochází z Krnova, má 1 sestru, do 18- ti let žil s nevlastním otcem v Sobotíně u Šumperka. Je vyučený kuchař, pracoval v Loučné a pak byl zaměstnán v pizzerii v Kroměříži. V té době bydlel u matčina přítele v Hulíně. Následně pracoval jako strážný v obchodních domech v Olomouci a bydlel s matkou, která se odstěhovala do Brandýsa nad Orlicí. **Vzhledem k životním okolnostem strávil přes rok na ulici a byl hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, kde mu byla ve 23- ti letech diagnostikována paranoidní schizofrenie**. Respondent získal práci jako strážný v supermarketu v Napajedlích a přestěhoval se do Otrokovic, kde bydlel na ubytovně, potom na azylovém domě. U respondenta vznikaly na ubytovně i azylovém domě problémy, neboť nemohl být sám na pokoji. Ze svých spolubydlících byl silně nervózní a podrážděný. Respondent byl **zařazen do projektu sociálního bydlení** a získal možnost bydlet v městském bytě velikosti 1+kk, kde momentálně bydlí a **využívá pomoc sociálního pracovníka z tohoto projektu, který mu pomáhá s hospodařením, v komunikaci s okolím a řešením osobních záležitostí**.

6.1.4 Respondent č. 4

Občan České republiky, muž, 62 let, rozvedený, pobírá invalidní důchod III. stupně. Trvalé i faktické bydliště v Otrokovicích. Bydlí v bytě velikosti 1+1, který má ve svém osobním vlastnictví. Je vyučen v oboru strojní mechanik. Pracoval jako dělník. Byl nezaměstnaný, v evidenci úřadu práce, pobíral dávky hmotné nouze. **Sám je otcem dvou zletilých a zaopatřených dětí**. Syn žije v zahraničí a s otcem je v nepravidelném kontaktu. **Dcera nejeví o otce zájem, neumožní mu kontakt s vnukem**. Narodil se v Kroměříži, má dva bratry. Rodiče spolu strávili celý život. Otec zemřel v seniorském věku, matka synovi pomáhá, nakupuje mu, vaří na víkendy a dohlíží na něj. **Duševní onemocnění naplno propuklo v 28 letech, při pracovní a rodinné zátěži. Má diagnostikovanou paranoidní schi-**

zofrenii, slyší hlasy. Jeho duševní onemocnění se projevuje také psychosomaticky, promítá se do bolesti nohou, úbytkem tělesné hmotnosti, nespavostí. Byl omezen ve své právnosti a má ustanoveného opatrovníka město Otrokovice. V současné době je v ambulantní péči psychiatra, užívá medikaci. **Spolupracuje se sociálním pracovníkem a veřejným opatrovníkem, který mu pomáhá řešit doručené písemnosti, hospodaření s finančními prostředky, osobní záležitosti a při komunikaci s institucemi, lékaři a rodinou.** Je klientem služby sociální rehabilitace, která ho pravidelně navštěvuje, komunikuje s ním a snaží se ho aktivovat.

6.1.5 Respondent č. 5

Občan České republiky, muž, 63 let, svobodný, bezdětný. Má sestru a bratra, se kterým je v úzkém kontaktu. Pobírá invalidní důchod – invalidita I. stupně a nepojistné sociální dávky. Podstatnou část života byl zaměstnán jako dělník v Barumu Continental. Trvalé i faktické bydliště má v Otrokovicích. Respondent bydlel do března 2017 v nájemním bytě v Otrokovicích, ale vzhledem k problémům v soužití s ostatními nájemníky musel byt opustit. **Hlavní příčinou bylo chorobné shromažďování věcí a narušování nočního klidu pod vlivem alkoholu.** Je v ambulantní psychiatrické péči. **Respondent má výkyvy nálad, trpí depresemi a nespavostí. Má diagnostikovanou schizoafektivní poruchu, manio-depresivní psychózu.** O své diagnóze nehovoří, cítí se vyléčen. Respondent byl naposledy po dohodě s lékařem v roce 2017 tři měsíce hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži na otevřeném oddělení. Respondent byl **zařazen do projektu sociálního bydlení** a získal tak možnost bydlet v městském bytě velikosti 1+kk, kde momentálně bydlí a **využívá pomoc sociálního pracovníka z tohoto projektu, který mu pomáhá při vyřizování dávek, osobních záležitostí, komunikaci s okolím, dohlíží na hospodaření a úhradu nákladů na bydlení.**

6.2 Výsledky výzkumu – otevřené kódování

Na základě vyhodnocení polostrukturovaných rozhovorů bylo vytvořeno pět kategorií, týkajících se rodiny, sociálních kontaktů ve společnosti, duševní nemoci, spolupráce se sociálním pracovníkem a plánů respondentů. Obsah těchto kategorií odpovídá jen na některé výzkumné otázky. Na ostatní položené otázky bylo nutné nalézt odpovědi vyplývající ze

získaných poznatků z uskutečněných rozhovorů, doplněných o upřesňující informace ze studia spisové dokumentace, vedené k jednotlivým respondentům sociálními pracovníky Městského úřadu Otrokovice. Vyhodnocování výzkumu bylo složitější vzhledem k rozbíhavému myšlení a citlivosti tématu u zvolené cílové skupiny osob s duševním onemocněním.

6.2.1 Kategorie Kontakt s rodinou – vztah s matkou, vztah s otcem

Pro tuto kategorii byly použity kódy: **rodiče, matka, otec, sourozenci, manžel, manželka, dcera, syn, děti, vztah, kontakt, domov, přátelé, telefonovat.**

Pro osoby s duševním onemocněním je netypické žít celý život v manželství, **partnerský vztah naruší průběh a okolnosti duševní poruchy.** Převládá status svobodní nebo rozvedení. **Širší příbuzenské vazby intenzivně neudržují,** rodinné kontakty probíhají nepravidelně, někdy jen 1x ročně, často jen telefonicky. **Duševní porucha poznamená také pozici rodiče,** většinou negativně zasáhne do vyvíjejícího se vztahu s vlastními dětmi a ovlivní ho v budoucnosti. V hodně případech se děti s rodičem s duševním onemocněním nestýkají, po rozvodu zůstávají u druhého rodiče, vztah je přerušen a jen ojediněle je na něj znovu intenzivně navázáno. Minimální kontakt s rodinou nahrazují přátelé. Respondenti preferují osobní kontakt s jedním členem rodiny, **dominantní je vztah s matkou nebo otcem.** Tento vztah je pro ně nenahraditelný a provází je po celý život, během celého průběhu nemoci.

Respondentka č. 1 je asi přes rok **vdovou, celý život žila v manželství.** V současné době je v osobním a telefonickém pravidelném kontaktu se synovcem a někdy se sestrou. *„Oni moc nemůžou, tak se synovcem, se sestrou, která bydlí v okresu Třebíč, to je daleko, jednou za rok přijede za mnou.“* Blízký kontakt udržuje s přítelkyněmi: *„Navštěvuje mě spolupracovnice z pojišťovny, kde jsem pracovala, ale teď je po těžké operaci, tak za mnou nemůže a druhá je také po těžké operaci, tak přijde jednou za měsíc.“* Nejbližší bydlí rodina ze strany manžela, ale ti se s ní už nestýkají. **Během hospitalizace ji nikdy nenavštívili,** ačkoli bydlí v rodinném domě, odmítali si vzít, na dočasnou dobu, její kočku, **jen se zajímali o doplacení pohřbu jejího manžela.** *„...taky mě švagr řekl, neklad' otázky, nezačíněj větu proč. Tak jsem se nad sebou zamyslela a už neříkám proč sestře, ona mi vloni nadala a teď mi poslala vyšívaný přání s básničkou a celá rozjařená telefonovala.“*

Respondent č. 2 popisuje svůj momentální vztah s otcem, který je hospitalizován, **syn otce** v rozhovoru **velmi obdivuje a chce o něj pečovat**: „*Jo, já strašně rád ho vidím, strašně, jo, jo, že ten tlak ustojím, jakože strašná motivace. Mně se zdá, že on je strašně silný člověk. Je strašný dobrák. Dělal si srandy. Snažil se přes všechno přenést. Já jsem byl svědkem, že se s taťkou i normálně mamka bavila. Já přesně nevím diagnózu, tam byla asi schizofrenní paranoia.*“ Zároveň si dává za vinu dřívější soužití s rodiči: „*...člověk si spoustu věcí sám vybavuje, co udělal, co neudělal takovým způsobem, že když to řeknu sprostě, odesírala to mamka s taťkou. To člověku dochází pak až něco. Takové spíš výčitky, že jsem tomu mohl zabránit, že mi to došlo pozdě všechno. To v člověku, paráda. Já když jsem byl ženatý, když jsem sem jezdil, tak jsem se s mamkou normálně bavil. Normálně, ona mi to naznačovala, mě to nikdy nedošlo. Já jsem to bral vždycky úplně šumafuk. Věděl jsem, že je nemocná, ale dokázal jsem rozeznat ten reál a ten blud.*“ Upřesňuje kontakt s bývalou manželkou: „*No tak v kontaktu, ona sem vlastně přijde, jen když něco potřebuje. To se v podstatě jedná jenom o peníze. Dcera je v tom ústavu, ona ani třeba není doma, tak bych jí to dávat nemusel.*“ Dále uvádí jen telefonický kontakt se sestrou, která žije v zahraničí. Je zajímavé, že respondent č. 2 má **5 vlastních dětí**, z toho jsou 3 nezletilé v péči svých matek. V průběhu rozhovoru **zmiňuje jen jednu dceru**, která je na přechodnou dobu, z důvodu poruchy chování, umístěná ve výchovném ústavu. S ostatními dětmi se respondent nestýká, nemá o nich žádné, nebo jen základní informace. Soustředí se jen na rodiče, popírá vztah s dětmi: „*Člověk klade vinu sám na sebe, že tím lehkovážným životem, já to řeknu škaredě, zkurvil životy dvou lidem a takovou věc si nemůže odpustit.*“

Při kontaktu s původní rodinou zdůrazňují někteří respondenti **vztah s matkou**. Respondent č. 3 uvádí: „*Byla tu máma před vánocemi, tak jsme si rozdali nějaké dárky, jinak zbytek rodiny ne. Babička a děda jsou daleko a nemají čas, chodí do práce. Ted' Veronika porodila malého Samíka, má sestra o 6 let mladší, je na mateřské, jsem strýc.*“ Dále doplňuje, že z hlediska bydliště jsou rozházená rodina, ale denně si telefonují. Během rozhovoru se vrací ke vztahu s matkou, která je pro něj oporou v těžkých životních chvílích: „*Nejdůležitější je matka, aby byla v kontaktu s vámi, která vám poradí, když už ne nikdo, prostě poslouchat máti, její příkazy, najít si brigádu, našetřit si nějaké prachy, zařídit si nějaký byt.*“

Stejně tak pro respondenta č. 4, který má dva bratry, kteří mu dle potřeby pomáhají, je nejpodstatnější vztah s matkou: „*Mamka tady bývá 3x za týden, ted' před vánocemi to se pralo, vařilo, dala mi chlebičky, nějaké zákusky mi donesla. Stará se o mě hezky. Máma mě*

hodně řídí, já se jí bojím, ona nech to na mě, já to porovná, já jsem matka. Nejvíc mluvím s mamkou. Pomůže mně, setře podlahu, ale v žádném případě ji nechci honit, já to udělám, tak dobře, tak se vystřídáme, já jsem to udělal předtím, teď zase ona, ale vypadá to v 83 letech je člověk takový ustálený, ale ona pořád jede, jak kdyby bylo všechno v pořádku. Já jsem byl vychovaný, my jsme byli čtyři chlapi a jedna maminka, museli jsme jí pomáhat. Můj tatínek rád zpíval. Tatínek byl o 9 let starší jak moje maminka. “ V průběhu rozhovoru vzpomíná na manželství a děti: „...uvedl jsem ženu do jiného stavu, tak jsem se s ní oženil v kostele i na radnici, národní výbor to byl tehdy, potom do kostela, tam jsme čekali na toho faráře dlouho, nevadilo to, alespoň jsem měl hezké dny, jsem prožíval v civilu, přišel jsem z vojny a 6 měsíců měla dcera. **Staral jsem se o dceru, koupal jsem ji, zuby čistil, pohádku, bylo mi to vzácné, protože ona byla v práci, mívala ranní, odpolední, pak mi řekla, že chce druhé dítě a měli jsme Martinka. Syn je v Londýně už několik let. Po vánocích to bylo jakési pofidérní, tak jsem se s ním špatně domlouval.**“ Respondent č. 4 má 2 zletilé děti, udržuje **vztah se synem hlavně přes e- mailovou korespondenci a telefonicky**, osobně ho syn navštěvuje 2x do roka. **Dcera odmítá kontakt s otcem, také mu neumožňuje styk s vnukem**, kterého on zná jen z video záznamů od svého syna. „**S těma dětma to je neopakovatelné, to se nedá zaplatit žádnými penězi. Pět roků a už hraje na varhany, já vám to ukážu, ale neviděl jsem ho ještě za živa, Martin ho natočil, on má takový mobil, byl s ním na procházce s malým klučíkem, František se jmenuje po tatínkovi.**“

Respondent č. 5 je v kontaktu jen s bratrem, se sestrou si nerozumí, rodiče již zemřeli. V rozhovoru vysvětluje, jak přišel o bydlení: „*Tak jsem o to přišel. Měl jsem blbé přátele, přepsal jsem byt na bráchu, on to prodal, já ne.*“ Dále se k této situaci nechce vyjadřovat. Osobní kontakt udržuje hlavně s přáteli. S další rodinou, kromě sourozenců, se nestýká. Po smrti rodičů je pro něho **podstatný vztah s bratrem, předtím to byl vztah s otcem.**

Jen v ojedinělých případech se rodinný příslušník obrátí na oddělení sociální pomoci, s žádostí o radu ve své sociální situaci a podporu při soužití s duševně nemocnými členy rodiny. Ostatní rodiny kontakt se sociálním pracovníkem nevyhledávají, **spíše se straní a stydí se za duševní nemoc příbuzného, nebo si ji vůbec nepřipouští.** Na počátku je pro ně velmi obtížné o duševní nemoci příbuzného hovořit, jedná se o jisté rodinné tabu. Po prolomení počáteční nedůvěry a během komunikace se sociálním pracovníkem, je vidět velká úleva a zájem o sdílení informací o duševní poruše. Následně pak kontakt udržují a aktuálně řeší probíhající duševní onemocnění, protože psychiatr s příbuznými většinou ne-

komunikuje, nebo je s nimi jen v minimálním kontaktu a nepředává jim dostatek odborných a praktických informací o duševní poruše příbuzného.

6.2.2 Kategorie Vztah se sociálním pracovníkem – kontakt se službou

Pro tuto kategorii byly použity kódy: **Horizont, pečovatelka, sociální pracovnice, pomáhat, spolupráce, služba, podpora, důvěra, povídat si, srozumitelnost, komunikace.**

V kontextu sociální služby a sociální práce se ukazuje vztah se sociálním pracovníkem jako **intenzivnější, častější a pro klienta s duševním onemocněním jako důležitější.** Někteří respondenti využívají službu sociální rehabilitace určenou pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, část jich v současnosti službu odmítá, ale nevylučují spolupráci v budoucnu. Například respondent č. 2, sociální rehabilitaci využívá na doprovod, ale osobní kontakt s duševně nemocnými si nedokáže představit, sdílení podobných osudů momentálně vnímá jako zátěž, kterou by nezvládl. Respondent č. 5 o této sociální službě vůbec neuvažuje, protože se domnívá, že už nepatří do zmíněné cílové skupiny. Další sociální službou, kterou věkově starší osoby s duševním onemocněním využívají na nákupy, úklid a praní prádla, je pečovatelská služba. Někdy také využijí ošetrovatelskou službu na přípravu léků a v případě zdravotních komplikací jako je diabetes.

Respondentka č. 1 využívá službu sociální rehabilitace a pečovatelskou službu: „...*já chodím do Horizontu, teď jsem začala chodit, což je dobrý, **dobrá společnost tam.** Přijdou i za mnou povykládat, když já tam v úterý nedojdu. Budu tam chodit se učit na tom počítači. Pečovatelky ty mě ve čtvrtek **taky rozveselí, povykládají si se mnou a uklidí mě, jak já potřebuji, je to výborné, nic už nepotřebuji.**“ Neuvádí žádné problémy v komunikaci se sociální službou a kladně hodnotí spolupráci se sociální pracovníci, ke které má důvěru: „*Paní se o mě stará dobře, ona mi to všechno zařídila, za to já jsem jí vděčná, protože bych to sama nezvládla. **Ta mě uvedla v život zpátky po těch čtyřech měsících v léčebně, strach jsem měla po těch čtyřech měsících. Ona mě všude doprovodila, vyřídila mně lékaře a tak. Pomáhá mi, co se týká tady těch dopisů, co mě chodí.**“ Sociální pracovnice jí po ukončení hospitalizace pomohla s hospodařením s finančními prostředky, úhradou dluhů, tříděním doručených poštovních zásilek, zajistila lékaře, dovoz obědů, ošetrovatelskou službu na přípravu léků, pečovatelskou službu na úklid a nákupy a službu sociální rehabilitace na aktivizaci, doprovod a společenský kontakt. Po propuštění z psychiatrické nemocnice byla **sociální pracovnice jedinou osobou, která byla s respondentkou v pravidelném osob-****

ním kontaktu. Do budoucna respondentka zvažuje, v případě zhoršení zdravotního stavu, i pobytové zařízení sociálních služeb, ale jen kdyby byla sama na pokoji. Momentálně probíhá u soudu řízení o omezení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka. **Rodina odmítá tuto funkci vykonávat**, město Otrokovice bude ustanoveno veřejným opatrovníkem. Tuto funkci bude vykonávat pracovník sociálního odboru. **Respondentce vyhovuje, když se nemusí dostavit k soudu, má svého zástupce a může se v těchto záležitostech poradit se sociální pracovníkem.** Po smrti manžela konstatuje respondentka špatné vzpomínky na jinou sociální pracovníci. Tyto krizové intervence v rámci sociální práce probíhaly ještě před hospitalizací, během postupující ataky, kdy je velmi těžké s klientem, který nemá náhled na svou nemoc, navázat osobní důvěrný kontakt.

Respondent č. 2 trpí **sociální fobií**, z toho plyne problém cestovat městskou hromadnou dopravou, proto využíval na doprovod za otcem do nemocnice službu sociální rehabilitace. Tato služba ho také podporovala a snažila se o pomáhající komunikaci během těžkého životního období, kdy se staral o duševně nemocnou matku, která pak zemřela. Pracovníci sociální rehabilitace vystihuje slovy: *„Občas si promluvíme, poradí mi s něčím a několi-krát mě doprovodila za tatínkou, že mi pomohla vlastně přítomností. Už ji znám delší dobu a můžu si s ní promluvit.“* Po ukončení hospitalizace otce již službu využívá jen na nutný doprovod např. k soudu. Bylo mu také nabídnuto docházet přímo do pobočky v Otrokovicích, ale to odmítá: *„Já bych si s těmi lidmi ani neměl velice co říct. Já vím, že oni mají takové, ne třeba takové osudy, ale že taky tam není asi všechno v pořádku. Já nevím, já jsem o tom ještě neuvažoval.“* Respondent č. 2 je v intenzivním pravidelném kontaktu se sociálním pracovníkem, který popisuje jako důležitý: *„Já si myslím, že je důležitý, že se z toho můžu vypovídat, že někomu můžu říct pocity a tak, že můžu říct co a jak, co se ve mně děje. Pomáhá mi řešit různé věci, které jsem neuměl řešit, které teď řešit musím. Neotvíral jsem poštu, protože jsem netušil, jak to mám řešit. Bylo toho moc. Pomůže mi řešit spoustu problémů, které nejsem schopen vyřešit.“* V komunikaci se sociálním pracovníkem nechce nic měnit, není pro něj obtížné sdělovat mu své pocity.

Respondent č. 3 charakterizuje sociálního pracovníka, ke kterému má důvěru: *„To je pracovník, když mám nějaký problém, tak mi poradí, podívá se na inzeráty, když budu shánět nějaké věci, spotřebiče. Nejvíce mi pomohl ohledně ubytování, volám mu v nějakých věcech třeba ohledně nájmu, že má být zaplacený, že mám zaplacený SIPO. Když potřebuji odborně poradit, tak radši jdu za ním, nebo zeptám se ho a on mě pošle třeba někam jinam. Poradí, kam mám jít.“* Jejich vztah popisuje v přátelské rovině, je pro něho důležitá

podpora ze strany sociálního pracovníka: „**Je to vzájemné pouto. 1x za 14 dní si zavoláme, nebo on mi zavolá, jestli se nemůžu zastavit, můžeme něco prodiskutovat. Tak to nějak udržujeme tady to pouto.**“ Ke službě sociální rehabilitace se vyjadřuje: „*Chtěl jsem jít do Horizontu, už mám podepsanou smlouvu na 4 hodiny denně, ale teď jelikož se mi nabídla tady ta práce, tak radši než, abych dojížděl a dělal tam zadarmo nějaké figurky, na které nejsem ani talentovaný, tak radši budu chodit mezi regálama a sledovat okolí.*“ Respondent byl zařazen do projektu sociálního bydlení, kde je nastavena intenzivní sociální práce. Momentálně zvažuje návrat do zaměstnání k bezpečnostní agentuře jako ostraha prodejny.

Služba sociální rehabilitace se snaží respondenta č. 4 aktivizovat, rozšířit mu sociální kontakty, navštěvují ho a povídají si s ním. Spolupráci popisuje: „*Ze Zlína jezdí dvě holky, teď mají přijít asi za 3 týdny. Chvilí si spolu povídáme.*“ Respondent č. 4 je omezený ve svéprávnosti, **podstatný je pro něj kontakt se svým veřejným opatrovníkem, kterého vykonává sociální pracovnice**, vztah popisuje jako vstřícný: „*... dává mi peníze z toho důchodu, protože oni mě zbavili svéprávnosti, tak jsem si navykl, že chodím k opatrovnici, vyhovuje mi to, je na mě hodná, hezky se mi s ní povídá. Mám k ní velkou důvěru, protože maminka má 83 let, chvilku pomůže, to není manželka, nebo milenka, tak to je jasné, ty jsem měl, tak vím, o co se jedná mezi mužem a ženou.*“ Opatrovník je pro něho oporou, tento vztah je pro respondenta důležitý. Respondent č. 4 uvádí, že si zvládne vyřídit věci na úřadě, ale prakticky ho zastupuje opatrovník, zařizuje všechno potřebné a hospodaří s jeho finančními prostředky.

Respondent č. 5 popisuje s důvěrou svého sociálního pracovníka: „**Je to dobrý chlap. Je mi sympatický, nevím jak on má na mě názor, ale my si rozumíme, je to borec. Já mu třeba dám to SIPO, že mám zaplacený nájem. Není pedant, paráda. Dobrý, pomohl mně. Svěřím se mu, kdo nemá problém, nežije, jak se říká, nesmí jich být moc, těch problémů.**“ Respondent je účastník projektu sociálního bydlení, které je postaveno na usilovné sociální práci. Sociální pracovník mu pomáhá s vyřízením nepojistných sociálních dávek, hospodařením a řešením aktuálních problémů. V současné době se k němu nastěhoval kamarád se závislostí na alkoholu a toto soužití se jeví do budoucna jako velmi problematické.

Všichni respondenti **projevují nadměrnou spokojenost s pravidelnou spoluprací se sociálním pracovníkem**, mají k němu důvěru. Tento **kontakt jim velmi pomáhá a je pro ně důležitý**, nastavený způsob komunikace jim vyhovuje, je pro ně srozumitelný, nepřejí si žádnou změnu. Zdůrazňují, že **pomoci je možné, jen tomu, kdo pomoci chce.**

6.2.3 Kategorie Vnější svět

Pro tuto kategorii byly použity kódy: **prostředí, nákupy, pošta, sousedé, policie, stigmatizace, důchod, docházet.**

Mimo jednoho respondenta, který bydlí společně s otcem, všichni žijí v bytě sami. Samota jim svým způsobem vyhovuje, **upřednostňují klid**. Společné soužití s více lidmi je pro osoby s duševním onemocněním velmi problematické vzhledem k možným konfliktům. Kontakt se společnostmi a okolním světem je podmíněný momentálním psychickým stavem a fází duševní poruchy. Obyvatelé domu jsou většinou první, kdo na nestandardní chování svého souseda upozorní příslušné instituce, z obavy však většinou chtějí zůstat v anonymitě. Na základě tohoto podnětu provede sociální pracovník sociální šetření a snaží se navázat kontakt s klientem. Velmi často se jedná o klienta s duševním onemocněním v probíhající atace.

Respondentka č. 1 potvrzuje, že je **strašně ráda sama**, když potřebuje, zajde si na nákupy, na poštu a k lékaři: „*Zatím to zvládám sama, s tím chodítkem.*“ Je schopna komunikovat i mimo domácí prostředí, venku ve společnosti, ale vyhýbá se některým kontaktům: „*No tak spíš se vyhýbám lidem, které znám, tak přejdu na druhý chodník, protože vím, o čem bude zase mluvit.*“ **Nemá zájem hovořit o své nemoci a hospitalizaci, stydí se za své dřívější chování.** Při rozhovoru upozorňuje na neshody se sousedy v domě: „*Tady vedle ti manželé, to je hrozné. Já dělám, že to neslyším. Já si můžu zdřímnout potom. Jsou hluční, furt nadávají.*“ Během probíhající ataky jim železnou tyčí bouchala na dveře a oni si na ni stěžovali na městském úřadě.

Naopak pro respondenta č. 2 je velmi těžké chodit mezi lidmi: „*No tak, spíš ty tlaky co jdou, tak jdou z tady jako, člověk je z toho tak vystresovaný tak, že už je pro něho těžké vůbec mezi lidi.*“ V poslední době respondent č. 2 již dokáže sám nakoupit, zajít na poštu, k lékaři a za sociálním pracovníkem. V rozhovoru zmiňuje: „*Tak mám z toho stresy, různí lidi na účet mamky a taťky se smějí, blbé připomínky, mě, že a tak. Druzí zas tak, jak jsem říkal, už předtím. Padá to na mě, poslouchat lidi. Nevím, já jsem si myslel, že je to jenom přes ty svátky, ten tlak, že se změní. Mně nic jiného nezbyvá. To i taťkovi nic jiného nezbyvalo. Tak jsem šel já, nebo on do obchodu.*“ Svou nemocí se cítí stigmatizován např. při kontaktu s policií: „*Je to možné, že už by mě nebrali jako důvěryhodnou osobu. Já přemýšlím, co s tím mám dělat, protože jak se taťka vrátí, tak já bych nechtěl, aby tu zažíval nějaké pekla. Já jsem byl svědkem, že jim nadávali. Protože jsem byl na té psychiatrii víc-*

krát a mně dali prostě tu diagnózu a mě málokdo uvěří i potom co jsem tady prováděl a tak, že už v podstatě nejsem důvěryhodná osoba, které by někdo mohl věřit. Jak jsem vedl předtím život, co jsem dělal, to je taky těžko. To je hrůza, já jsem i dost vzteklý, já vím konkrétní jména, já vím, kdo jí to udělal, já vím, proč se to děje, já vím všechno. Já jsem takový srab, že s tím nezatočím. Přechází to ve vztek. To není sranda, když někdo někomu, ještě po tom, co se stalo, vyhrožuje. To si myslím, že jsem strašně silný, že to ustojím.“ Otec respondenta musel řešit stížnosti na manželku od obyvatel domu, která v době ataky nemoci hodně křičela a třídila věci z domovního odpadu. Ostatní vyjádření respondenta se **odráží od jeho subjektivních pocitů, nikdy tyto zmíněné záležitosti neobjasnil.** „*Zatím je to psychika. Já už jsem se o tom bavil. Vyhrožování. Pár lidí mi řeklo do očí, vy dopadnete. Já se to bojím řešit, já se bojím, to je v takovém rozsahu, aby to neskončilo nějak špatně. Já vím konkrétní jména, všechno, ale já to neumím řešit. Když třeba půjdu na policajty, oni mi řeknou, podívejte se, on vám může říct, co chce, když na vás nesáhne, když vám nic neudělá, tak mi to nemůže řešit.“* Sociální pracovník se ho snaží **motivovat a podporovat ke kontaktu s vnějším prostředím a samostatnosti.**

Respondent č. 3 dokonce momentálně zvažuje nabídku zaměstnání: „*Většinu času trávím tak, že buď něco dělám venku s kamarády, něco pomáhám anebo to prospím ten den. Teď mám vlastně nabídku do Lídlu, protože mám certifikát na hlídání u bezpečnostní agentury. Já jsem to normálně dělal jako, akorát se musí změnit podmínky. Musel jsem to zvládnout, tam nešlo říct, mě už bolí nohy, já jdu pryč.“* Respondent společnost spíše vyhledává, nemá problémy s navazováním kontaktů a s komunikací v neznámém prostředí: „*Problémům se vyhýbám, když vycítím problém, tak odcházím, co se týče venkovního okolí a s těma lidmi, co jsem v kontaktu, tak to jsou slušní lidi a nepředstavují pro mě nějaké nebezpečí a riziko. Zajdeme si na procházku, na pivo třeba občas. Pobavíme se o všem, o holkách, o všem možném, o nemoci. Říkám chodí sem, nepravidelně. Nemám strach z nějakých davů. Byli lidi, když jsem tady na začátku přijel, tak jsem poznával spoustu různých lidí, někteří ode mě okamžitě dali ruce pryč, bez toho, aby si vyslechli ten můj názor na to, protože si myslí, že jsem nebezpečný, že jim můžu něco udělat. Jenže těch schizofrenií je několik druhů. Já mám paranoii, já nemám agresivní, že vytáhnu nůž a začnu někoho bodat. Proč bych to dělal. Stalo se, že byl hlouček 10 lidí a prostě jsem za nimi přišel a říkám na rovinu své jméno jsem řekl, řekl jsem, dívejte se, trpím tím a tím a 6 se jich sbalilo a šlo pryč a 4 zůstali a do teď se bavíme, ale někteří jak se potkávali s těmi, co se se mnou bavili, tak oni jim to vysvětlili, tak někteří z těch šesti, jeden, dva, se jakoby*

znova ke mně přitočili, ale ten zbytek, **to je blázen, to je magor, to je psychopat, on mě zabije. Prostě o té nemoci neví vůbec nic.**“ Respondent č. 3 je mladý, silnější tělesné konstituce, kterou využívá při kontaktu s okolím: „*Já nejsem flegmatik, já jsem ten, co věci řeší hned a na místě, vždycky to řeším, když je nějaký problém s někým, problémovi lidi, co se chtějí na zábavě jen tak pobít, někoho vyčíhnout, třeba mě, tak si ho vytáhnu ven a řeknu, hele frajere, dívej se, já jsem to a to, buď to vyřešíme slovně anebo tě povezou na nosítkách, taková psychologie. **Zatím se mi daří úspěšně tohle zvládat tak, abych nikomu nedal pěstí.***“ V krizových situacích svou duševní poruchu využívá, svým způsobem jako strašáka, ale není agresivní a nechce se pouštět do větších konfliktů, které se právě takto snaží odvrátit. Naopak v zaměstnání preferuje profesionální přístup a paradoxně uplatňuje i své osobní zkušenosti s krádežemi: „*...já jako ostraha **nemůžu napadnout fyzicky zloděje, zloděj musí nejprve fyzicky praštit mě, tím pádem já použiju určité chvaty, které umím a zatáhnu zloděje do kanceláře a zavolám státní policii. Když se tam najde úlovek nad 5 tisíc, tak to je trestný čin a už ho odváží. ...krádeže v obchodech, stávalo se to, když jsem byl bezdomovec, měl jsem hlad, párkrát jsem jim utekl třeba. Já se na něho podívám, změřím od paty k hlavě a řeknu, ten má něco v úmyslu, nebo mám špatný tip, taky se může stát, ale mám nějaké zkušenosti, a když je člověk na ulici, tak je ochotný udělat cokoli.***“ Respondent č. 3 má z minulosti osobní zkušenost s životem na ulici, nyní získal nájemní byt v rámci projektu sociálního bydlení, také hovoří o současném kontaktu s bezdomovci: „*...já sám jsem byl na ulici 1,5 roku, chytla mě zimní sezóna, takže naprd, napadlo sněhu hodně dost a bylo těžké vyžebrat si blbých 30,-- Kč na noclehárnu. Nyní se na mě nedobývají, protože **mají ze mě respekt všichni**, byli bezdomovci, co přišli a zničehonic mě tady bouchli do hrudníku, říkám bouchni ještě jednou, tak bouchnu tebe já a odveze tě sanitka. Zase jsme u toho, jak jsem říkal psychologie, **psychologicky jim to vysvětlím, že mám navrch, že oni jsou trosky, to jim neřeknu do očí, ale myslím si to, ty seš pro mě ubožák**, ty mě řekneš ahoj a bouchneš mě pěstí vši silou. Oni ví, že se taky dokážu naštvat, ale přijedou policajti, budou to řešit, půjdu na přestupkovou, nechci mít tyhle problémy, vyvaruju se toho, já se s nimi slušně domluvím, ať mi neklepou na okno, ještě se nestalo, aby mě někdo tady otravoval. Když je potkám někde venku, tak je jenom pozdravím a jdu rychle pryč, zase po mně budou chtít peníze nebo cigarety.*“ Respondent č. 3 je vyučen kuchařem, pracoval v hotelové kuchyni a dobré restauraci, ale už se ke své profesi nechce vrátit, charakterizuje ji nadměrnou zátěží: „*Nechci, protože bych to nervově nezvládl. To už je velká zátěž. Tam fakt tečou nervy i těm, co jsou hodně klidní.*“

Respondent č. 4 popisuje svou profesi a období po propuknutí nemoci, kdy si hledal práci: „Žil jsem v rodině, oni se pak přestěhovali, ona se se mnou rozvedla, já jsem nestíhal platit byt 3+1. Byl jsem doma, to jsem marodil, tak nějak, mě se to plance páte přes deváté. Já jsem za ty známky dal 7 tisíc a dostal jsem 6 stovek. **Já jsem neměl na jídlo, ani na cigarety, oni mě tak strouhli.** Když se vám přiznám, tak jsem musel i snubní prstýnek prodat, 700 Kč jsem za něj dostal, ze zlata to bylo. **Sháněl jsem si práci, takový neúspěch jsem tam, ještě nohy mě bolely, teď už je to lepší, protože sedím, než jdu ven, tak musím cvičit, aby ta krev se rozproudila a já někam došel.** Na soustruhu jsem pracoval, na obráběcím soustruhu, jako vyučený jsem 3 roky už pracoval na soustruhu, pak jsem dostal výuční list, pak 2 roky vojny. Maximálně těžká práce, nehodnocena pořádně, protože je to nevděčné, ty strojaři, ta práce zvláště na těch strojích.“ **Po atace paranoidní schizofrenie, hlavně depri-mujícími hlasům, se již nebyl schopen vrátit do zaměstnání.** Jeho onemocnění se projevuje také psychosomaticky, duševní porucha souvisí s bolestí nohou, která je pro něj lépe uchopitelná. Během rozhovoru volně přebíhá z minulosti do současnosti. **Respondent je rád s lidmi, stačí mu jejich přítomnost,** chodí do knihovny, pro obědy a pravidelně za opatrovníkem na městský úřad. Je v osobním kontaktu s kamarádem z dětství: „Tak se k němu chovám hezky, chováme se k sobě hezky, jsme na tom prakticky stejně, já v bytě sám, Břeťa do bytu sám.“ Vzpomíná také na spolužáky ze základní školy, na společné kamarádství, zdůrazňuje důležitost těchto vztahů. V období kdy měl finanční problémy, spolužáky i kolegy ze zaměstnání kontaktoval s žádostí o půjčky.

Respondent č. 5 byl zaměstnán jako dělník na údržbě v továrně. Práci mu zajistil jeho otec a společně s ním, pracoval na ranní směnu a denně dojížděl do Otrokovic. Při kontaktu se společnostmi a institucemi si zakládá na své samostatnosti, ale na vztahu se sociálním pracovníkem mu velmi záleží, před jeho návštěvou uklidí byt. „Zavolá, dojdeme na návštěvu, tak jo dojděte. Byl tu myslím minulý čtvrtek a říkal, že dojde v 13.00 hodin, tak já jsem čekal, vyluxované, tak jsem mu musel zavolat, že jdu do ulic, promiňte mi, já jsem se zdržel, perfekt.“ Respondent rozhovor v jedné fázi přirovnává k výslechu na policii: „To je jak u policajtů, já jsem byl u policajtů, když jsem spadl, měli tam moji občanku, **jak to, že jste nebyl zavřený, vy jste nebyl u soudu,** o co vám tady jde. Promiňte, zvyšuju hlas.“ Dle jeho interpretace, policie při osobním kontaktu automaticky předpokládala trestní stíhání. Respondent na základě duševní poruchy a občasné konzumace alkoholu má **problém se srozumitelným vyjadřováním** a působí trochu zanedbaně. Někdy má problém při komunikaci s úřady: „Po mě chtěli práci, co po mě, šak já mám odpracované svoje, mě tak zatlačit

oči. Jedna byla naštvaná, na tom úřadě práce. Já už tam nejsem, já vám něco ukážu, tady mám životopis, to mi dala v blázinci, tu obálku. Papírování zkurvené. Já vám ukážu, jak jsem na tom se zdravím, ale nevím, co to znamená.“ Ukazuje lékařský posudek, kde je stanoveno, trvale neschopen soustavné práce. „Mě vyhodili, mě je to jedno, já jsem invalidní důchodce. Ty daně jdou z toho. Na tom úřadě práce mi řekli, na co byste tu byl evidovaný, aspoň tady nemusíte chodit. Já tomu hovno rozumím. Omlouvám se.“ Respondent momentálně čeká na vyřízení invalidního důchodu.

Pracovní pohovor je pro většinu duševně nemocných velmi zátěžový, o své nemoci, pokud je to možné, neinformují.

Většina respondentů se v období remise na veřejnosti nebo při kontaktu s institucí **za svou nemoc stydí, cítí se stigmatizováni, obávají se případné konfrontace**, snaží se splynout s davem, vyhýbají se vysvětlování o důvodech své hospitalizace. Když probíhá ataka, vrchol nemoci, osoby s duševním onemocněním se **společnosti vyhýbají, uzavírají se ve svém domácím prostředí**, utíkají do svého vnitřního světa, když jsou donuceni opustit zázemí bytu, tak jejich **chování je neadekvátní**. Při **konfrontování s okolní realitou jsou zmatení**, z důvodu dezorientace mohou být i agresivní.

6.2.4 Kategorie Nemoc – spouštěč - hospitalizace

Pro tuto kategorii byly použity kódy: **léčebna, televize, pokoj, jídlo, nemoc, smrt, schizofrenie, deprese, psychiatr, alkohol, lékař, hlasy**.

Příčiny duševního onemocnění jsou ovlivněny více faktory, ale k propuknutí nemoci stačí ojedinělý **spouštěč** formou stresu, obtížné životní situace, náročného zážitku, závislosti na návykových látkách. Intenzivní fází duševní poruchy je **propuknutí ataky, kdy následuje hospitalizace v psychiatrické nemocnici**. Většina respondentů vnímá tuto hospitalizaci jako **nutné zlo, omezení svobody, ztrátu soukromí a nepřejí si to opakovaně zažít**. S odstupem času to zpětně uznávají jako nezbytný krok léčby nebo naopak pochybují o smyslu a nutnosti hospitalizace. V psychiatrické nemocnici je velký rozdíl mezi jednotlivými primariáty, otevřenými a uzavřenými odděleními. Respondent č. 2 popisuje svůj pocit z hospitalizace: „...spíš jde o to, že se tam moc ani s lidmi nesorou.“ Je otázkou, na kolik je **ovlivněna délka pobytu v psychiatrické nemocnici potřebností a zdravotním stavem pacienta** nebo způsobem úhrady zdravotní pojišťovny.

Spouštěčem posledního relapsu byla u respondentky č. 1 **smrt manžela**, který se o všechno celý život staral. Během jeho zhoršujícího se zdravotního stavu o něj sama dlouhou dobu pečovala, což bylo pro ni velmi vyčerpávající: „*Já jsem byla zvyklá, jak se svalil 2011, tak jsem byla sama a nikomu jsem neříkala, jak je to s ním zlé. I se mi ulevilo, víte, s ním od toho roku 2011, to bylo, čím dál rok od roku horší.*“ Po jeho smrti, toho na ni bylo najednou moc, cítila se bezradná, unavená a následoval relaps. **Sousedé si stěžovali na její agresivní chování a poté co rozbila železnou tyčí dveře, zavolali rychlou záchrannou službu.** „*Od té doby co si on šel stěžovat na radnici, volali mi a oni mě mezi tím odvezli. Od března do srpna jsem tam byla. Velikonoce jsem tam trávila. V červnu je Antonína, tak to mě taky vadilo ten den. Já jsem se dívala na kalendář, který tam byl postavený. Já jsem na něho myslela, sem si říkala, že celá rodina je v Jalubí, tak se nic nestane, když tam nebude ode mě svíčka.*“ Respondentka č. 1 charakterizuje svou hospitalizaci slovy: „*Tož jo, zvykla jsem si na to, ale to nepohodlí, je vás 8 na pokoji. Jedna vedle druhé. Oni tam mají jenom 3 pokoje na té třináctce. Tam je 39 lidí, jedni jsou úplný ležáci, aj tam umírali na dvojce, tam jsem byla 3 dny v tom pokoji, tam jsou přivazování v noci a já jsem potom, byla za 3 dny dána na ten třetí pokoj, kde si můžu i lehnout přes den a dělat si co chci, vstávat si kdy chci.*“ Respondentka doplňuje, že nedocházela na žádné terapie a veškerá komunikace během léčby, probíhala jen v rámci vizity. „*Já jsem byla samotárka, já jsem nic, s nikým nemluvila. Já jsem o šesti šla umývat hrnky do kuchyně, už jsem byla vzhůru a to bylo všechno. Když jsem byla unavená, tak jsem si šla lehnout. Staniční přišla už o šesté a pustila televizi pro ty, co sedí jako u televize pořád, ale já jsem neměla pořádné brýle, tak jsem neviděla a ta jedna pracovnice tam pořád nutila tu jednu stanici, aby tam byla a spala u toho, pak se tam dohadovali.*“ Respondentka o své duševní nemoci nehovoří, je v ambulantní psychiatrické péči, momentálně stabilizovaná, užívá medikaci, má zajištěny potřebné služby, spolupracuje se sociální pracovníci a čeká na ustanovení veřejného opatrovníka.

Také u respondenta č. 2 byla spouštěčem relapsu **smrt matky**, o kterou se staral. Po její smrti přestal užívat léky, začal nadměrně pít alkohol, měl sebevražedné tendence, přestal docházet k psychiatrovi a spolupracovat se sociální službou. Jedinou osobou, kterou dobrovolně pustil do svého soukromí, byla sociální pracovnice. Na základě její intervence, po telefonickém vyhrůžování zapálením bytu, **byl pod vlivem alkoholu, odvezen policií do psychiatrické nemocnice.** „*To spíš ještě když jsem pil alkohol. Kdysi jsem vlastně vyhodil i sociální pracovníci. To člověka zblbne. To už bylo neúnosné. Co se týče alkoholu, tak to*

*jsem třeba na sebe pyšný, že jsem to v této situaci zvládl. “ Neustále cítí vinu, vnitřní strach, podceňuje se a svou duševní nemoc popisuje: „Jak jsem vám třeba řekl, že mi to všechno došlo a tak, mě to spíš připadá, že bych se měl léčit spíš z nějakých depresí, že to není nějaká schizofrenie, nebo paranoia, protože kdyby to tak bylo, tak já cítím v sobě, že mám vnitřek silný strašně. Je to spíš taková deprese, lidi to léčí chlastem. Ale člověk, jak jsem říkal, co se kolem něho děje, mám takovou obavu, strach, v co to zase vyústí. Nechce se mi vlastně, ne že nechce, ale nemám to sílu řešit, tady v té situaci. Já bych nechtěl, aby to vyústilo v ještě větší katastrofu. Mě připadá, že mám prostě strach to vyřešit, že toho určití lidi strašně zneužívají. Kdyby to byla paranoia, kdybych slyšel nějaké hlasy, měl bludy, tak se o tom vůbec nebavím. Já hlasy nemám, jsou to spíš deprese. Nebo to není deprese, to je takový vnitřní strach a z toho pak vyplývají deprese. “ Popírá svůj problém s alkoholem v těžkém životním období, ale přiznává požití půl litru tvrdého alkoholu denně: „Já jsem nikdy nebyl jako závislý na alkoholu, nebo tak. Jako rád jsem si vypil. Asi, jako neříkám, že jsem nepil, pil jsem normálně, ale že bych pil takovým způsobem, tak to nikdy. “ Zmiňuje nastavení medikace a komunikaci s psychiatrem: „Já jsem mu říkal, že jsou to spíš deprese, že jsem vedl takový život, já jsem mu to tak řekl. **On mi to zkoušel nastavit, jako ty léky jinak. Šak, to jsem vám říkal, ale já jsem to nepochopil, ale on říkal, ať to beru tak, mám tam jít. Já bych nerad, aby mě to tlumilo, abych byl úplně nějak tak. “** Srovnává komunikaci se sociálním pracovníkem a psychiatrem, který má jen omezený čas na každého pacienta: „**Já jsem takovým způsobem s panem doktorem nikdy nemluvil, kdybych věděl, že je to nějaký blud, když přede mnou stojí člověk a řekne mi to do ksichtu, tak to asi blud nebude. Tak to vím, že bych si mohl myslet, kdyby stál 10m za mnou a něco, chytit se něčeho. Tak on si bude myslet, že jsem se zbláznil úplně, když mu to řeknu takovým způsobem. On si řekne, to je blbec, mu se tohle děje a on to neřeší. Přeháním, co říkám, tak třeba ne, když mu to řeknu takovým způsobem. Mám k němu důvěru, ale když mu řeknu tohle, tak co on s tím udělá. “** Upřednostňuje komunikaci tváří v tvář: „**On mě nemusí oslovovat, ale když mi to řekne do očí, tak vím, že blud je něco jiného. “** Psychiatr mu dává naději na zlepšení jeho duševního onemocnění: „**Já jsem se kdysi bavil s psychiatrem a on mi říkal, to je pár let zpátky, že to není v takovém stadiu, že je to vyléčitelné, že přijde čas, kdy ty prášky nebudeš muset vůbec brát. “** Respondent popisuje své zkušenosti s opakovanou hospitalizací: „**Když člověka dají na nějaký pavilon v Kroměříži, na nějaký horší. 11B, uzavřené oddělení, já jsem tam byl víckrát. Když ho dají na takový pavilon, kde je to prostě horší, tak člověk z tama může mít i jiné duševní problémy. Tam se může kouřit.***

Občas kafe, televize. Sedět, čumět do blba. Měl jsem i vycházky, po 14 dnech jsem jezdil domů. Mám známého, co tam jezdí po areálu sanitkou a ten mi říkal, jak to tam můžu vydržet.“ Respondent č. 2 dále uvádí, že s ním mluvili o zdravotním stavu jen při vizitě, nesouhlasí se stanovenou diagnózou. Během pobytu, který trval 3 měsíce, docházel na pracovní činnosti. *„Člověk tam sedí a maluje a maluje, tak moc to terapie není. Když někoho třeba rozebere psycholog. Oni mi sice nastavili nějakou diagnózu, že to mám po mamce nebo tak, ale já si myslím, že to tak není, tak je to, že dovedu rozlišit bludy a nějaká paranoia, že je spíš špatně, když to řeknu slušně, co se děje, nezvládám ten tlak. To si o sobě myslím.“*

Spouštěčem duševní poruchy u respondenta č. 3 byl **stres v zaměstnání a osobním životě**. *„...dřív než jsem tu nemoc dostal, to bylo stresem, alkoholem, hádky v rodině, podobné věci. Dělal jsem kuchaře, potom ještě hlídal, takže ten stres tam byl tak ohromný, potom ten alkohol, najednou jsem nevycházel s přítelkyní, s jejím nevlastním klukem, řval jsem po nich, byl jsem agresivní, ne, že bych je mlátil, to ne, ale chodil jsem furt do hospody, řval jsem na policajty, kolikrát mě odvezli na záchytku, tam jsem řval, že jim rozbiju hubu, prostě úplně mimo, úplně mimo.“* Respondent zmiňuje svou diagnózu, kontakt s ambulantním psychiatrem a otevřeně hovoří o zvládání své duševní poruchy: *„Cítím se normálně, chodím k psychiatrice, mám paranoidní schizofrenii. Tam s ní konzultuji různé mé stavy, mění mi léky, snaží se mi udělat tak, aby bylo co nejlépe. Je jí několik druhů, já mám paranoii, kdy si člověk představuje něco, nebo slyší hlasy a mluví na mě prostě a k něčemu mě navádějí, ale já těm hlasům, po těch 5 letech co mám tu nemoc, se už prostě směju, když mi řeknou, vezmi nůž a bodni se, to jsem několikrát zažil a to už bylo nepříjemné. To bylo jako o víkendu, proč bych ho bral do ruky, proč bych se bodal. Jak na mě někdo může přes okno mluvit, když mám puštěnou televizi. Ten mozek nakoordinuju tak, aby byl prostě v přesvědčení, že ta nemoc je chvilková, stav chvilkový, protože já když začnu, oni mi třeba nadávají a já když začnu na tu nemoc mluvit, tak ono se to ještě víc zhoršuje. Když si najdu práci, začnu uklízet, tak ten mozek zaměstnám něčím jiným, tím pádem to vynuluju. Takže úplně v pohodě, navíc mám tady hodně moc prášků, beru je pozitivě, není čeho se bát. Ta medikace je určitě důležitá, bez toho už bych asi dávno skončil na koleji. Občas chytну nějakou fóbii, nějakou paranoii, nebo pocit sledovanosti, ale to je spíš tím počasím, tím zimním počasím, protože jak je zataženo, tak to působí na takové lidi, jako jsem já, hodně špatně. Jsem citlivější, i přesto všechno vím, že musím jít ven a nadýchat se čerstvého vzduchu, nebudu tu mít zatažené rolety.“* Respondent má v současné době svou duševní poruchu pod kontrolou, podařilo se mu to asi po 3 letech, takto vystihu-

je období, kdy se snažil své duševní onemocnění zvládnout: „*Až tak po tom třetím roce, furt jsem se ohlížel, furt jsem byl napjatej, třepaly se mi nohy, když jsem stál na zastávce, vždyť to není normální, mám sluchátka v uších, tak jsem si stoupnul před zrcadlo, když mě to popadlo a prostě říkal jsem svému tělu jako, mluvil jsem sám se sebou proti tomu mozku, ať už se na to vykašle, že už ho stejně poslouchat nebudu a kdyby se to opakovalo, což se to někdy opakuje, s tím já neudělám už nic, **ten mozek je poškozený, tak ho prostě nebudu poslouchat**, kdyby mě to teď chytlo, tak já půjdu ven, někam do lesa, na posed si sednout, nebo zavolám kamarádovi nebo kamarádce a půjdeme se někam projít, půjdeme na pivo, na limonádu, to je jedno. **Nad touto nemocí se nedá zvítězit, tato nemoc je nevléčitelná, dá se potlačit**, razantně se dá potlačit, když budu dodržovat určité pravidla. Jedno z těch pravidel, je třeba nepít alkohol, méně kouřit, spíš vůbec nekouřit, prostě nedělat průsery, protože všechno co já udělám špatně, když třeba někoho zbiju, napadnu, nebo se budu bránit, tak mi to v té hlavě šrotuje a nejde to ven, **to je jako kdybych měl v každém uchu špunt**. Mám ji pod kontrolou, protože jsem mezi klidnými lidmi, tam kde se vybuřuje, tam moc nechodím, a když se chcu vyřvat, tak abych řekl pravdu, tak si koupím 4 nebo 5 piv a jdu do lesa a řvu, normálně se vyřvu, jako opičák, proč bych řval někde na ulici a strašil lidi. **Nejvíc mě baví, když jdu do tmy sám bez baterky**, bez ničeho, terén znám, tady už za tu dobu.“ Respondent se domnívá, že zvládne zátěž, stres v práci i s duševním onemocněním. „Už jsem to dělal i s tou nemocí 2,5 roku, takže přesně vím. Já jsem kolikrát vystresovaný, vytřepaný, vyschízovaný, ale na mě to člověk nepozná, já se chovám normálně. Málo koktám, nebo takhle a přitom jsem kolikrát deprimovaný, že už se těším domů, až hodím sprchu, zalehnu, dám si prášky, pustím si zoom nebo něco klidnýho, usnu a řešíme třeba nějaké problémy s někým a ten člověk to na mě vůbec nepozná, tu nervozitu, málokterí lidi, co si furt hrají s prstama, ale to si hraje každěj, někdo se drbe na hlavě.“ Zastavuje se také u hospitalizace a velmi podrobně a barvitě popisuje pobyt a komunikaci v psychiatrické nemocnici: „...byl jsem v léčebně, tak vím, jak to funguje, tam vám řekli, né co jste chtěla slyšet vy, že vám bude dobře nebo to, tam na vás byli ruka a bič. **Oni mi řekli na rovinu, budete chlastat, budete kouřit, budete fetovat, budete mít neustále hlasy, ty hlasy budete mít pak natrvalo, už vám nepomůže ani jeden prášek**. Snažit se dodržovat hodinu braní těch prášků, aby ta hladina byla intenzivní, ne, že si dám prášek v pět a druhý den ve dvě. Ta hladina pak kolísá, do toho si dám pak nějaké pivo, cigáro, pak mě někdo naštvě, tak se vynervuju, začnu slyšet hlasy, a tam jsme hráli sporty, cvičilo se. Já jsem byl na uzavřeném 6B, tam jsem šel dobrovolně, to už se mi stalo v Olomouci, kdy už jsem slyšel polohlasy,*

furt jsem se rozhlížel a nikdo za mnou nebyl, mluvil na mě, pak přestával mluvit. Tak jsem to řešil s nějakou psychiatrickou, která mi dávala nějaké prášky, ze začátku to pomáhalo, ale já jsem začal hodně pít, do toho jsem chodil ještě do práce na 12 hodin, tak už nebyla po půl roce ani šance. Šel jsem do Kroměříže, tam minimálně 3 měsíce strávit tu léčbu. Já jsem to chtěl ukončit po měsíci, protože se mi tam nelíbilo, jídlo, pod dohledem, kdo udělal nějaký nesmysl, vykopl dveře, nebo někoho napadl, tak injekci na uklidnění. Oni mi řekli, dobře my vás pustíme, jste nedoléčený, ale pokud přijdete za měsíc znovu, tak už vás sem nevezmeme, budete muset jinam. Tak jsem tam musel vytrpět ty 3 měsíce. Tam prostě snídaně, léky, furt vás kontrolují pod jazyk, protože byli lidi co to vyflusávali, tahaly se tam lehké drogy, jako marihuana, ale oni o tom věděli, ale to už byli trosky, těm už nešlo pomoci, to se válelo počuraný na kachličkách, na podlaze, někteří spali v křesle, někteří si čmárali. To byl obrovský balkón, zamřížovanéj, pode mnou bylo 6A, kde byli vrazi, takový ti psychopati, jakože z ničeho nic někoho pobodají nůžkama, tam jsem vždycky slyšel, že někoho mlátí z toho balkónu a ty měli malinkej výběh. Já jsem byl na 6B, já jsem nikoho nenapadal, tam nastoupíte, náušnice to musíte sundat, potom 14 dní spíte na uzavřeném oddělení, kde je všechno prosklené a tam mají tu svoji kancelář, oni vás 14 dní sledují, jestli spíte, nespíte, kolikrát chodíte ne záchod a tak, potom vás dají na nějaký pokoj.“

Dále respondent uvádí, že byli 3 na pokoji, měl k dispozici pro osobní věci skříňku se zámekem a pokračuje v charakteristice hospitalizace v psychiatrické nemocnici: „... nesměli jsme mít žiletky, nic ostrého u sebe, a pak tam byla malá herna, kde byl stolní fotbálek a ještě nějaké stolní hry a tam byly všude kamery, jak říkám je tam ten balkón, já jsem chytнул zrovna léto a potom po měsíci tady toho trvání a práškování, tak na mě zkoušeli různé ty léky, jak se cítíte, a slyším, že se o mě baví celá léčebna, nemůžu jít ani na záchod, bojím se vyčurat, tak okamžitě proti prášek, zkusíme to jinak, až to vyrovnali na tady to. Nejlepší je jít za psychiatrem, říct co mě prostě tíží a ten vás pošle k psychologovi na nějaký ty testy, on vám bude ukazovat ty obrázky, jakože vidím třeba netopýra, vidím veverka na jednom obrázku, on chtěl slyšet jen jedno slovo, já jsem to měl rozdvojené moc, já jsem přijel za pět minut dvanáct. Potom měsíci a půl, už byla taková důvěra, že v pohodě, já jsem chodil do kantýny těm ostatním, chodil jsem s doprovodem na kroužky, dělal jsem keramiku, malování a takové věci, no a po dvou měsících mě dali na dvojku, to je otevřené a tam jsem si vyloženě mohl dělat, co jsem chtěl. Jsou různé oddělení, jsou uzavřené, jsou extrémně uzavřené, kde už je člověk v kazajkách, kde jsem viděl borce, měl helmu a mlátil v opolstrovaný místnosti hlavou do těch zdí, všechno muselo být opolstrované, aby si neu-

blížil, to už je jak šimpanz, nebo gorila. Neměl mozek, choval se jak, nevím, jak nějaký blázen a furt měl helmu a třeba i vyřvával.“ Respondent se přesto domnívá, že bez medikace a hospitalizace úspěšná léčba není možná. Nezbytně důležitou vnímá vůli a vlastní rozhodnutí. *„Já vím, že je to těžké, musí to člověk vydržet, přetřpět, protože jinak se to nedá. Pokud nechcete sám, tak to nejde.“*

Také u respondenta č. 4 byl spouštěčem duševní poruchy **stres, pracovní a rodinná zátěž**. *„Do 28 let jsem pracoval a pak jsem byl hospitalizován v Kroměříži za různé narážky a porážky, ale zjemnělé a byl jsem naštvaný. Šel jsem si tam odpočinout. Potom pracoval jsem nějak, ale zase mě to chytlo, blbosti nějaké, já už dávno nemyslím na takové nesmysly. Já už jsem nemohl, to bylo takové, my jsme se poškorpili vzájemně, já jsem plácl nějakou blbost, ona si to hned brala na sebe. Dcera Andrejka jí byla svědčit u toho rozvodového soudu. Já říkám, Andrejko, oni se mnou nemluvili, oni se mi vyhýbali, aby se mnou nemohli mluvit, protože to byly děti hezké, chytré.“* Respondent po ukončení hospitalizace začal docházet k ambulantnímu psychiatrovi. Popisuje účinky počáteční medikace: *„Lepší ženská, já jsem chlap, mě pomáhalo spíš tady tohle, ty léky byly spíš oblbováky, by se dalo říct. Dostal jsem injekci, to jsem spal 2 týdny, mimo teda večere, snídaně, toaleta, taková ta pochůzka pro noviny a cigára, blbnul jsem doma od léků, co mi napsal psychiatr. Já jsem mu říkal, pane doktore mě někdo jakoby ovládal psychicky nebo psychologicky, hlasy mám a neříkal nic, potom říkal, sledujte, co se bude dít, co já vím, hlasy jsem měl, děly se věci vskutku monstrózní, co se týče mého života, na děti to nešlo tady ty zprávy, jenom já jsem měl ty hlasy, takže jsem zvadnul, protože taky je to ženská, taky má zájem o svůj život, ne jenom starat se o tatínka. Ano, nashromáždilo se to napětí, víte. Byli jsme v kině, tma, to je špatně o tom vykládat. Nechci, já bych vám to řekl, ale nechci žalovat, nejsem žalobník.“* Respondent o tomto období moc nehovoří. Jak bylo již zmíněno v první kategorii výzkumu, dcera s otcem kontakt odmítá. Ze spisové dokumentace a znaleckého posudku, byla patrná agresivita a zvýšená sexuální apetence. V průběhu své nemoci, z důvodu nespokojenosti s léčbou, respondent jednou změnil svého psychiatra. Zmiňuje kontakt s druhým psychiatrem: *„Mám hlasy, někdy mám hlasy. Říkal jsem to MUDr. Boháčovi, on se nejdřív zeptá, než já se vykoktám u něho, on se zeptá, máte hlasy, mám, pane doktore, nařukal tam recept od těch hlasů, to je takový spíš oblbovák. Celkem už jsem se s hlasy naučil žít. Nedělá mi to problémy. Jsem s ním spokojen, solidní člověk je to.“* Respondent č. 4 je dlouhodobě stabilizovaný, klidný, starší pán. V minulosti byl opakovaně hospitalizován v psychiatrické nemocnici, poslední hospitalizace byla cca před 15

lety. „Dohromady jsem byl 3x v Kroměříži a jednou v Olomouci. Z Kroměříže nás odeslali dva do Olomouce, tam byly i pracovní terapie. Já jsem dělal dětem peněženku, měli jsme malé děti. V Kroměříži mi **dávali léky, abych šel brzo spát, když nás něco tížilo, tak nám dali na uklidnění léky a na spaní léky** a my jsme třeba už v 8 hodin šli spát, tak jsme se dívali s kamarádem na fotbal. On taky na tom nebyl duševně špatně. V Kroměříži to bylo jakžtakž, tam bylo volné oddělení, otevřené oddělení. **Předtím jsem byl na uzavřeném. Tam se mi nelíbilo, hrůza, děs, prostě.** Málo soukromí, vedle mě byl inženýr, ještě se k nám přifařil kluk a ty jsi tady proč, sebral jsem flašku v samošce a byl tam už měsíc, nebo nevím jak dlouho. Dávali jsme si kafičko o půlnoci, zalili jsme to normálně horkou vodou z kohoutku. Mě potom dali na dvacítku, tam jsem byl jeden den, tam se mi nelíbilo, to bylo něco špatného, to nebylo hezké, v 20.00 nás vyhnali spát a do rána jsme museli být na lůžku. “ V současné době uvádí psychosomatické problémy: „Dva měsíce jsem spal jen 2 hodiny a zhubl jsem 12 kilo. **Jsem spal jen 2 hodiny, jak kdyby mě někdo vzbudil, vstávej, rozcvička.** Nevím, to bude asi téma hlasama. **Jenomže se ty hlasy setkaly tady s tímto, že jsem nemohl spát.** To bylo pravidelně a teď je to nepravidelně, za ty zbylé měsíce jsem spal nejdéle 4 hodiny. To je málo, obvykle spím 3, naučil jsem se pospávat v křesle, abych byl v pohotovosti, dalo by se říct. Pustil jsem si televizi, sedl do křesla a uvařil si kafe o půlnoci, nebo v jednu hodinu, tak to proběhlo od jedné hodiny v noci, až do rána jsem čekal, až se rozsvítí trochu světýlko, abych měl lepší náladu, poslouchám hodně muziku. Pořád nemůžu přibrat. “

Poslední relaps u respondenta č. 5 byl způsoben **nadměrným užíváním alkoholu, neshody s obyvateli domu a vystěhováním.** Na základě doporučení psychiatra byl dobrovolně hospitalizován na otevřeném oddělení psychiatrické nemocnice. Na rozdíl od všech předchozích respondentů, hovoří o poslední hospitalizaci pozitivně. „Na šestnáctku. To není blázinec, tam jsou blázni zavřítí, to je areál. Chci se tam vrátit. Dejte pokoj od takové. Tu léčbu jsem si nechal prodloužit, to je na 3 měsíce. Já jsem se tam naučil plést košíky, koberce, všechno. **Libilo se mi tam, odreagovat, tam blázni jsou zavřítí bokem.** Byl jsem s ženskýma, 40, půl na půl. Nádhera. **Pomohlo mně to.** Zákaz alkoholu. Problém to nebyl. Já si, šak tady mám víno. Já jsem říkal té psychiatrice, my jsme tam měli ty stáže, hodiny, já jsem říkal, pivo to si dám. **Libilo, pravidelná strava, akorát mě štvalo, tam je určitý režim,** v 22.00 hodin večerka, v 6.00 hodin budíček, jak na vojně, něco podobného, akorát mě tam chrápal jeden. Já jsem si nemohl vybrat, kde mě dali, tam mě dali. Já jsem vlastně v tom blázinci, to se nesmí říkat blázinec, z té psychiatrické léčebny mohl kdykoliv odejít. “

Respondent byl během hospitalizace zařazen do projektu sociálního bydlení a čekal, až se uvolní vhodný městský byt. Je otázkou, na kolik byla délka hospitalizace podmíněna tím, že se pacient nemá kam vrátit. Respondent č. 5 **momentálně odmítá docházet k ambulantnímu psychiatrovi**: „*Já jsem byl 3 měsíce v blázinci, já jsem vyléčený. Chodím k MUDr. Zvoníčkoví, ona se mě ptal, to je psychiatr, jestli k němu chci chodit, ne, mám tam papíry, to vy zjistěte. Nepotřebuji k němu chodit, jsem vyléčený. Víte, kolik to léčení stojí, to mi říkal, 125 tisíc na ty 3 měsíce. Tak mě vyléčili, mám tam papíry, že jsem vyléčený, tak nepotřebuju žádného psychiatra, nepotřebuju nic. Já si sháním nějaký karavan, abych měl pokoj.*“ Upřesňuje komunikaci s psychiatrickou při příjmu do psychiatrické nemocnice: „*Když mě přijímali do toho blázince, šéfka, proč nejste ženatý, protože se naši hádali, protože v té rodině nic nevidím a nejsem na chlapečky, to jsem řekl, ona šak, to je normální, to je v módě buzeranti, já mám svoje starosti.*“ Respondent si v současné době nastěhoval do bytu kamaráda, se kterým konzumuje ve zvýšené míře alkohol, neužívá léky, velmi riskuje další relaps duševního onemocnění.

V praxi se stává, že klient požádá svého sociálního pracovníka o doprovod k psychiatrovi, protože má k němu důvěrný vztah, sděluje mu aktuální stav a průběh nemoci. V současné době není ambulantní psychiatrie nastavena na intenzivní terapeutický kontakt s pacientem, hlavně z důvodu kapacity a časového omezení. Ambulantních psychiatrů je nedostatek, ve většině případů nedochází za pacienty do domácího prostředí. Sezení u psychiatra někdy trvá jen 5 až 30 minut, je zacílené na upravení medikace a předepsání receptu. Jak uvádí respondent č. 4: „*Má tam moc lidí pořád. Ona začíná v 7.30, bez přestávky jede až do 17.00 nebo 16.00, žádnou přestávku, on to dělá tak, že si uvaří, ani sestřičku tam nemá nějakou k sobě. Všechno dělá sám, zařazuje obálky, co je potřeba.*“ Stanovení přesné diagnózy je velmi obtížné, závislé na zkušenostech a odbornosti psychiatra, může se také měnit svým vývojem a změnou odborníka. Jak uvedl respondent č. 4: „*Beru nějaké léky od Boháče, říkal jsem, pane doktore, mám donést obálku MUDr. Zvoníčka, ne já si udělám svůj obrázek. Tak napsal léky, mrkl se na to, protože oni to poznají, na psychiatrii jsou vybírání zvlášť slušní a chytrí lidé.*“

Výběr psychiatra je velmi důležitý, protože většina se u něho léčí celý život, měl by být i dostupný, aby klient zvládal cestu za ním i v případě zhoršení nemoci. U jedné klientky došlo ke zhoršení duševního onemocnění po odchodu jejího psychiatra do důchodu. Již nikdy v životě jiného nenavštívila, neužívala medikaci, jedla jen balené potraviny, postu-

pem času již nebylo možné duševní poruchu léčit, opakovaná hospitalizace měla jen krátkodobý efekt, léky neúčinkovaly, žila jen ve svém vnitřním světě.

6.2.5 Kategorie Vnitřní svět – osamocení - plány

Pro tuto kategorii byly použity kódy: **být sám, strach, řešit, zařizovat, pocit, pomoc, zdraví, rozhodnutí, práva, zájmy, plány, spokojenost, změna, zvládat, potřeby.**

Vnitřní svět je podstatnou součástí osob s duševním onemocněním, někdy zcela překryje a nahradí kontakt s vnějším prostředím. Jejich vnitřní svět je vlastně izoluje od vnějšího a způsobuje osamocení. Samota je pro ně bezpečí, místo bez konfliktních situací, ale také náročná doba plná hlasů.

Respondentka č. 1 si přeje vyřešit dědictví, a pokud jí to zdravotní stav dovolí, opravit koupelnu a zůstat doma. Upřednostňuje samotu. „...vloni, v březnu jsem ovdověla. Tak teď v tom bytě žiji sama. **Už jsem strašně ráda sama, už nechci ani telefonovat s někým. Mám televizi, jsem unavená z těch pořadů, jak jde jeden za druhým, tak si zase lehnu. Mě vůbec nic nechybí, jen to dědictví, ať se vyřídí a to mně stačí.**“ Vyhovuje jí zajištění péče formou ambulantních sociálních služeb a podpora ze strany sociálního pracovníka. „*Aby to zdraví bylo takové jako teď, no lékaři mě kontrolují, výsledky všechny jsou zatím dobré, no uvidí se v únoru na té neurologii, v lednu na urologii zase kontrola, ale vypadá to všechno dobře. Je to opravdu od nervů, rozbolí to tak, když se vynervuju nějakým tím dopisem, tak rozbolí celý tělo a pak mě paní z úřadu uklidní, že všechno bude v pořádku, tak pak už jsem klidná a hážu to za hlavu.*“ Respondentka uvádí, že má možnost rozhodovat o svém životě, ale přeje si zastupování u soudu a souhlasí s ustanovením veřejného opatrovníka: „*Nechci se obhajovat, co bych se tam rozčilovala, to už jsem řekla psychiatrovi, že tam nepůjdu, že bych se tam rozčilila, ať tam jde on. Tak on tam šel.*“

Respondent č. 2 má k paranoidní schizofrenii ještě sociální fobii, která mu komplikuje komunikaci s okolím: „*Někdy, když je to bezprostředně nutné, tak se zeptám. Jen tak do řeči se nedám, to ne. V poslední době skoro vůbec. Já jsem z toho ještě špatný. **Teď je těžké období, docela mi vadí, když nastane nějaká situace a člověk nemá třeba chut' mluvit.***“ Po smrti matky začal ve velké míře konzumovat tvrdý alkohol, přestal užívat léky, ale po krátké hospitalizaci, se s tím úspěšně vypořádal a teď už alkohol nepije: „*Tak já nevím co to je, jestli je to vůle, nebo co to je, ale prostě jsem si řekl ne. To teď není podstatné, s tím*

jsem se už vyrovnal. Ale to je jedna z mála věcí, se kterou jsem se vyrovnal.“ Během rozhovoru opakovaně potvrzuje důležitost pomoci a kontaktu se sociálním pracovníkem: „*Já myslím, že jo, že se můžu z toho vypovídat, někomu říct, jako záleží prostě na něm, jak si to přebere. Třeba si to přebere, jestli si to nepřebere jako blud, že si to přebere, jako reál.*“ Respondent č. 2 se velmi obviňuje, i za věci, které nemohl ovlivnit, ze společných úspor uhradil pohřeb matky a nyní se snaží ušetřit finanční prostředky pro potřeby otce. „*Já jsem dřív neřešil vůbec nic, proto to tak vlastně dopadlo. Já se snažím co nejmíň, jako neutrácet. Připadám si kolikrát s prominutím jako blbec, že normální člověk žije, normálním životem, takové tragédie se prostě nestávají. Pořád mám takové výčitky, že k tomu nemuselo vůbec dojít, že to šlo zvládnout líp. Já mám vztek sám na sebe. To bych musel rozbít hubu sám sobě.*“ Velmi negativně vnímá hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, už by to nechtěl znovu zažít, chce tomu předejít a pravidelně docházet k ambulantnímu psychiatrovi: „*Člověk tam není nikde sám, já jsem se snažil vždycky někam zalézt. To je šílené ty psychiatrické léčebny. Nevím, jak to funguje v jiných, ale ta Kroměříž, to je katastrofa. Tam jsou případy některé, že nevím no. V žádném případě už bych se tam nechtěl dostat. Budu spolupracovat s psychiatrem.*“ Respondent č. 2 se momentálně soustředí na návrat otce z nemocnice, o kterého chce pečovat. „*Mám v plánu pomoci tat'kovi, nic jiného mě nežene dopředu. Já proto udělám všechno, co bude možné. On mě podporuje celý život, tak teď budu muset já. Potom přestanu i kouřit, to vím. Přestanu kouřit, jak se vrátí tatka, tak konec.*“ Na otázku jestli má možnost rozhodovat o svém životě, odpovídá: „*Já jsem teď trochu zmatený. V tuto chvíli, měl bych že. Už su starý chlap, tak snažím se.*“

Respondent č. 3 při boji se svou duševní nemocí naopak vyhledává kontakt s lidmi, v jejich společnosti neslyší hlasy. „*Nedělá mi to problém, právě, že ne, když jsem s někým, tak je mi lépe, než když jsem sám, a proto chodím mezi ty lidi, kde vlastně já začnu nějaký rozhovor s nimi a ty hlasy jdou pryč, bokem, mimo, úplně se to vynuluje ten mozek, protože musí pracovat na tom, o čem mluvím.*“ Právě komunikace s okolím mu pomáhá při zvládnutí hlasů, projevů duševní poruchy. Ve způsobu komunikace je citlivější, správné pochopení mu komplikuje např. dvojsmysl: „*...u některých lidí to opravdu nejde, protože položí takovou otázku jako víceméně srandovní, ale tak, že to vypadá jako vážně, pak se mi vysměje, ale normálně spolu komunikujeme. Ironii poznám, to zas takový blbec nejsem, ale třeba mám kamaráda, co dělá furt srandu a hodí to do vážnosti, i když já se ho ptám na vážné téma, on mi odpoví srandovně, i když se mnou souhlasí. Vycítím i spoustu věcí, jako lidi, už třeba chtějí odejít, nebože se sním něco děje, že ho něco trápí.*“ Život respondenta

č. 3 jde z extrémů do extrémů, odůvodňuje to svou povahou: „*Takže jsem byl výbušná povaha a nerad jsem se, já jsem býk ve znamení, když jsem řekl svoje a někdo měl pravdu, když mi ji dodával jiný člověk, tak já jsem si furt stál za svým, dokud jsem nenarazil, a takový jsem celý život. Mně 4 lidi řeknou správnou věc a já stejně udělám tu pátou, tu špatnou, protože si myslím, že to je dobře. Nejvíc poslouchám to svoje vnitřní já, které mi radí, snaží se mi radit, někdy je to dobře, někdy je to špatně.*“ Jako důsledek užívání léků zmiňuje problém s krátkodobou pamětí a vzpomíná na období první ataky, propuknutí nemoci. „*Krátkodobou paměť mám zhruba zrušenou těma lékama, protože těch léků není zrovna málo, ale ta dlouhodobá, co se stalo před dvaceti rokama, to já si pamatuju. Takový ty scény, kdy mě odváželi v klepetech. Já jsem si představoval, v té nemoci jsem si představoval, že jsem třeba nějaký rytíř, nějaký král, že si můžu dělat, co chci. Tak jsem prostě měl vypitý, tak jsem šel na křižovatku, tam stáli státníci, já jsem na ně ukázal fakáče. Prostě ta nemoc se zhoršuje, člověk se uzavírá do sebe, jsem měl třeba stihomam, že jsem se díval přes ty žaluzie, jenom tak okýnkem.*“ Jen pro časové upřesnění, respondent č. 3 má 28 let a paranoidní schizofrenii mu diagnostikovali před pěti lety. Je pro něho velmi důležitý kontakt s matkou a sociálním pracovníkem, hlavně podpora z jejich strany a možnost pomáhající komunikace a poradenství: „*Já to potřebuju říct osobě, která si to nechá pro sebe, nebo mi poradí, kam mám zajít, nebo co mám udělat. Ztratit tyto závazky, tak to je pro mě konec. To je konečná. Dokážu říct, že odmítnu nějaký věci, ale že bych toto ještě, jako normální život prožívám, ale s tím, co bude dál, nějaká nová překážka, tak budu muset jít za určitými lidmi, ať mi s tím pomůžou, nebo mi hrábne v hlavě z ničeho nic.*“ Respondent č. 3 potvrzuje, že může plně rozhodovat o svém životě, musí ještě pracovat na zvýšení sebevědomí a posílit si sebedůvěru. Podstatný je také kontakt s ambulantním psychiatrem a sdílení problémů. „*Svým způsobem to mám pod kontrolou, ale ještě si tam moc nevěřím, že bych byl úplně jako, protože ten mozek není, jak to bývalo tenkrát, ale dokážu sám za sebe uvažovat, rozhodovat, vím, co dělám v tom stavu. Jde to. Hlavně navštěvovat toho psychiatra a říkat mu každý problém, který vás trápí.*“ Cílem respondenta č. 3 je stabilita po sociální a zdravotní stránce, udržení stávajícího bydlení a nalezení zaměstnání. „*Nesmím dělat žádné průsery, samozřejmě, podle mně, nesmím se dostat do špatných rukou, jako myslím tím, nějaké špatné lidi, co by mě svedli na rozcestí, ale když budu pokračovat, tak jak pokračuju, tak si myslím, že jako úplně v pohodě. Já nic nepánuju dopředu, protože jsem zjistil, že člověk když něco naplánuje, tak se mu to všechno zkaží.*“

Respondent č. 4 chodí rád do knihovny, čte knížky a poslouchá hudbu. Komunikace s lidmi mu nedělá velký problém: „*Podle toho jak s kým, někdy jo a někdy ne, spíš to není problém. Zvládám to normálně.*“ Při komunikaci s ním je spíše kladen důraz na naslouchajícího, na jeho schopnost porozumění a interpretace sdělení. Respondent v rozhovoru hovoří o svém strachu ze smrti. „*Ted' jsem měl chřipku, **tak jsem nemohl ven, ježíš, já jsem se bál, že umřu.** Mě to prostě, to vám řeknu takovou zajímavost, já spím, spím, spím a ted' mě to probudilo cosi a nemohl jsem dýchat, tak jsem honem skočil pro šťávu, sirup s vodou, trochu jsem se napil, abych měl průchozí plíce, 3x se mi to stalo, tak jsem ty cigarety snížil. Postrašil jsem se.*“ Na dotaz ohledně plánů do budoucna, odpovídá nesrozumitelně: „*Do budoucna mám plány, akorát prostě na hodně místech jsem si hledal zaměstnání, abych unikl, když mám říct, pravdu, tomu zmatku kolem naší rodiny. Ona přede mnou utíkala, Andrejka má 5- ti letého Františka.*“ Dále doplňuje, že by si chtěl koupit ruční mixér, protože má problém s rozkousáním některých potravin. „*Tak v první řadě bych chtěl ten, jak se to jmenuje. Ten robot, to není robot. Chtěl bych si pořídit mixér. To bych poprosil v první řadě.*“ Respondent si moc přeje setkat se s dcerou a vidět svého vnuka.

Respondent č. 5 momentálně s kamarádem ve zvýšené míře konzumuje alkohol, cítí se vyléčený, ztrácí náhled nad svou duševní nemocí. „*Já si poradím sám se sebou, já nejsem blb, já jsem vyléčený. Byl jsem 3 měsíce v Kromclu, co chcete vědět. Já jsem neměl kde bývat, chcete pravdu, nezlobte se, to už je moc, to se ptáte takové, já mám 63 roků, já jsem plnoletý, dlouho. Co zkoušíte, prosím vás? On je mladý, já žiju 34 roků sám, já si umím uvařit. Vy jste policajtko?*“ Během rozhovoru uvádí, že se nechce zadlužit: „*Moje zásada je nemít dluhy. Víím, co to obnáší, kámoš, který nezaplatil, chytl ho revizor, blbých pět stovek a ted' dluží 70 tisíc, tak říkám, tomu se nevyhneš. Tak z toho mám strach. Já dluhy nemám, mám důchodové spoření, jsem v plusu. Chcete půjčit?*“ Má v plánu si vyřídit starobní důchod: „*Já mám 63 roků, **těším se na plný důchod, stačí 3 měsíce a doufám, že budu mít pokoj.** Já bych za komoušů už byl v důchodu, **já chci mít na stáří klid.** Jsou samostatný, když mě bolí noha, já jsem invalidní důchodce ještě, když jdu někde, tak mě opuchne ta noha, jinak se sám o sebe postarám.*“ Respondent potvrzuje spokojenost se současným životem: „*Nebyl jsem na záchytce, nebyl jsem zavřítý, dluhy nemám, **jsem rád, že mám střechu nad hlavou, že mám hajzl, že se mám kde okoupat a kde uložit, já jsem skromný, plnoletý už delší dobu, **kouřím a piju.*****“ Na dotaz ohledně plánů do budoucnosti odpovídá: „*Já vám to řeknu, když plánuju něco, ta to nikdy nevyjde. **Moje krédo, kdo myslí, vymyslí***

prd. Neplánuju, já nechávám volný průběh, já vím, že za hodinu jdu do obchodu. Mám 63 let, tak co mám ještě plánovat. Truhlu, vím, kde budu pohřbený, v Zádveřicích.“

Závěrem jen ukázka, bez dalšího komentáře.

Tazatel: Jaké máte plány? Respondent č. 3: Umřít a zapálit si. Tazatel: Opravdu? Jaké máte plány? Respondent č. 3: Hrob. Tazatel: Ano, hrob a ten důchod.

Až na výjimky mají respondenti v plánu relativně běžné věci jako je zdraví, oprava bytu, péče o nemocného otce, vyhnutí se hospitalizaci, udržení bydlení, zvládnutí zaměstnání, koupě domácího spotřebiče, setkání s dcerou a vnukem.

6.3 Odpovědi na výzkumné otázky

Cílem kvalitativního výzkumu bylo nalézt odpovědi na výzkumné otázky položené před samotným provedením tohoto výzkumu. Přes různý věk a způsob života se přesto respondenty podařilo propojit společnou jednotící linkou, kterou je právě duševní nemoc, jež po propuknutí zcela nečekaně změnila jejich osudy. Zanechala stopy na jejich identitě, poznamenala osobní, rodinné i pracovní vztahy. Zasáhla do jejich statusu ve společnosti a přivedla do jejich prostředí nové sociální interakce. Nic zůstalo jako dříve před duševní nemocí a oni musí znovu najít sami sebe, své blízké, pokusit se navázat nové přátelství, zlepšit narušené vztahy, hledat své nové místo v životě, vzít do rukou své osudy a naučit se žít se svou duševní nemocí.

6.3.1 Specifické rysy komunikace s duševně nemocným klientem

Provedený kvalitativní výzkum potvrzuje jistá specifika při komunikaci s duševně nemocnou osobou. U duševně nemocného klienta je v komunikaci s ním nutné intuitivně kombinovat více přístupů. V náročné fázi duševní poruchy, **atace nebo relapsu**, kdy klient ohrožuje svým chováním sebe nebo okolí, je během krizové intervence nutné uplatnit **direktivní přístup**, který zajistí bezpečí pro obě strany. Během komunikace převládá **jednoznačnost, sdělení je krátké a zřetelné**. V akutní fázi, kdy klient slyší hlasy a má problém s koncentrací, je velmi omezena schopnost komunikace. Sociální pracovník **musí respektovat hlasy svých klientů, nepopírat je** a vnímat jejich odlišnost.

V případě stabilní fáze a **remise**, kdy klient užívá medikaci, spolupracuje, má náhled na svou nemoc, je naopak potřeba velká míra podpory a porozumění. Důležité je **naslouchání, empatie, vyjádření účasti a zájmu, dostatek času a možnost zpětné vazby**. Je vždy na rozhodnutí sociálního pracovníka, jaký **přístup a způsob komunikace v konkrétní situaci zvolí. Tato volba ovšem může být zásadní pro další vývoj situace klienta.**

Z rozhovorů je patrné, že se respondenti někdy ztrácejí, **v myšlenkách odbíhají od tématu, je pro ně těžké se držet odpovědi, kterou začali.** Orientace v rozhovorech během výzkumu byla možná jen na základě znalosti sociální situace, osobní kazuistiky a spisové dokumentace klientů.

Rada respondenta č. 3 při komunikaci s duševně nemocným: *„Říct jim, že se ta nemoc bude zhoršovat, ať si hledají psychiatra. Jim po čase stejně nic nezbyvá, skáčou pod vlaky, skáčou pod auta, podřezávají si žíly. Jim nic jiného nezbyde. Natvrdo, naprudko, jim to říct. **Být upřímný a říct jim to narovinu, že teď slyší polohlásky, nebo mají stihomamy, chlastají na to, neberou léky, ten mozek to vydrží půl roku, rok, u někoho pět let, ale pak se mu to najednou nahromadí a je psychicky na dně a ten člověk už pak není schopný si ani otevřít dveře od bytu. Pokud nechce sám, tak to nikdo nevyřeší.**“*

Další důležitou stránkou je komunikace sociálního pracovníka s rodinnými příslušníky duševně nemocného klienta. Základem je navázání spolupráce a nabídka podpory. Po prvotní nedůvěře plynoucí se studu nad duševní poruchou člena rodiny, pak rodina spolupracuje a aktivně sdílí informace o momentálním průběhu onemocnění.

6.3.2 Naplnění potřeb a očekávání klienta s duševním onemocněním kontaktem se sociálním pracovníkem

Pravidelný kontakt se sociálním pracovníkem často **nahrazuje osobě s duševním onemocněním intenzivnější styk s rodinou.** Duševní porucha většinou naruší rodinné vztahy, partnerský život a rodičovské kompetence. Bližší příbuzenské vazby probíhají jen ojedinele a nepravidelně, někdy zcela vymizí osobní kontakt a je nahrazen telefonickým. Pro osoby s duševním onemocněním je podstatný vztah s jedním členem rodiny, většinou s matkou, otcem, nebo sourozencem. **Pokud tento kontakt chybí, je částečně nalezen v podobě přátel nebo v osobě sociálního pracovníka.**

Respondentka č. 1 je vdova, i když žila celý život v manželství, je bezdětná. Je hlavně v telefonickém kontaktu se sestrou a někdy ji navštíví synovec. Osobní kontakt jí nahrazují přítelkyně a **sociální pracovnice, ke které má důvěrný a vřelý vztah**. Je patrné, že na setkání s ní se vždy těší, **projevuje vděčnost za podporu a spolupráci, dokonce jí připisuje zásluhy za svůj návrat z hospitalizace, zajištění potřebných služeb, zbavení strachu a navrácení do života**. Stejně tak respondent č. 5 je bezdětný, je staršího věku a nepravidelně se stýká jen s bratrem. Nejbližší kontakt navazuje s přáteli a sociálním pracovníkem. **Popisuje ho jako dobrého chlapa, který je mu sympatický. Má k němu důvěru a může se mu svěřit s osobními problémy**.

Respondent č. 2 má velmi intenzivní vztah s otcem, kterého respektuje, vzhlíží k němu a momentálně o něj pečuje. S další rodinou se osobně nestýká, přátele nemá. Je 2x rozvedený, má 5 dětí, se kterými neudrhuje žádný kontakt. **Vztah se sociální pracovnící je pro něj důležitý, může se jí svěřit, hovořit o svých pocitech a pomáhá mu řešit běžné problémy**.

U ostatních dvou respondentů je patrný dominantní vztah s matkou. Tento nenahraditelný kontakt ještě doplňují přátele a sociální pracovník. Respondent č. 3 při kontaktu se sociálním pracovníkem **zdůrazňuje důvěru a podporu při řešení problémů**. Tento vztah vnímá jako **vzájemné pouto, které oboustranně udržují**. Pro respondenta č. 4 je také podstatný vztah se sociální pracovnící, který mu vyhovuje, **popisuje ho jako velmi vstřícný, má k ní velkou důvěru a rád si s ní povídá**.

Sociální pracovník nemůže budovat důvěrný vztah s klientem a podpořit ho při naplnění jeho potřeb, bez znalosti jeho rodinné a osobní anamnézy, sociálního kontextu a životní situace před duševní poruchou. **Pravidelný osobní kontakt, vhodný způsob komunikace a tyto znalosti jsou podstatné při provázení aktuální fázi duševního onemocnění klienta a naplnění jeho očekávání**.

6.3.3 Schopnost osob s duševním onemocněním srozumitelně vyjádřit svá přání i nespokojenost

Schopnost srozumitelně vyjádřit své přání a obavy je u osob s duševní poruchou **závislá na momentální fázi nemoci a psychickém rozpoložení**. Pod vlivem některých projevů duševní poruchy mohou být jejich přání neobvyklá, spíše zaměřená na soukromí, samotu,

pocit bezpečí, ovlivněná neschopností zajistit si základní životní potřeby a orientovat se ve vnějším světě. V období remise se většinou neliší od potřeb ostatních lidí.

Respondentka č. 1 **si přeje dobré zdraví, vyřešit dědictví, následně zrekonstruovat byt a zůstat v domácím prostředí.** Po smrti manžela je ráda sama. Zajištění péče formou sociálních služeb a podpora sociální pracovnice jí vyhovuje, nemá zájem nic měnit. **Je schopna vyjádřit své potřeby, její přání se zakládají na reálném základě.** Na druhou stranu souhlasí s ustanovením veřejného opatrovníka a žádá o zastupování u příslušného soudu, kde se nechce obhajovat.

Respondent č. 2 se v současné době upíná na návrat otce z nemocnice, **má velkou snahu mu vrátit jeho dosavadní starostlivost, ušetřit finanční prostředky a zajistit pro svého otce potřebnou péči.** Zdůrazňuje spokojenost s pomocí ze strany sociální pracovnice. **Ne přeje si už návrat do psychiatrické nemocnice,** chce pravidelně docházet k psychiatrovi a užívat medikaci. Má také v plánu přestat kouřit. Při vyjádření svých potřeb je ovlivněn momentální situací **a své přání směřuje k otci. Do budoucna nic neplánuje.**

Pro respondenta č. 3 je do budoucnosti podstatný kontakt s matkou, sociálním pracovníkem a psychiatrem, hlavně jejich podpora, poradenství a možnost sdílení problémů. Vyhledává společnost lidí, má rád přítomnost přátel. Respondent může plně rozhodovat o svém životě, jeho **cílem je stabilita po všech stránkách,** udržení stávajícího bydlení a nalezení zaměstnání. **Nic si nechce plánovat, protože se obává následného nezdaru.**

Respondent č. 4 vyjadřuje spokojenost s podporou sociální pracovnice, má strach ze smrti. **Jeho tajným přáním je setkání s dcerou a vnukem.** Dále specifikuje, že by si chtěl koupit kuchyňského robota. **Ohledně plánů do budoucna, odpovídá nesrozumitelně.**

Respondent č. 5 **potvrzuje spokojenost se současným bydlením a se spoluprací se sociálním pracovníkem, má obavy z dluhů,** i když žádné nemá a těší se na starobní důchod. Momentálně potřebuje alkohol a cigarety. **Nic neplánuje, čeká na důchod a smrt.**

Z výše uvedeného je patrná různorodost přání a potřeb respondentů. Všichni dokážou jasně vyjádřit spokojenost i své obavy. Osoby s duševním onemocněním jsou ve většině případů **schopni srozumitelně vyjádřit své přání i nespokojenost.** Z hlediska plánů se upínají spíše na blízkou budoucnost, **v delším časovém horizontu je plánování nesrozumitelné,** vytržené ze současného kontextu, vracející se do minulosti. Osoby s duševním onemocněním **většinou neplánují vůbec,** protože mají zkušenost s nečekanou životní změnou způsobenou nástupem duševní poruchy.

6.3.4 Intervence sociálního pracovníka pomáhá v uplatňování práv a zájmů u klientů s duševním onemocněním a zabraňuje jejich sociální izolaci

V rámci sociální práce je poskytováno základní a odborné sociální poradenství, doprovázení klienta, zprostředkování jednání se subjekty a odborníky v sociálním prostředí klienta, podpora při řešení jejich sociální situace, je prováděno sociální šetření, individuální plánování, dokumentace práce, asistence při komunikaci, propagace dostupných služeb, krizové a situační intervence.

Sociální pracovník **realizuje přímou sociální práci s klientem zaměřenou na změnu klienta** a jeho sociálního prostředí a podporuje ho, aby **sám dokázal ovlivňovat své sociální prostředí** a měnit podmínky svého života.

Sociální pracovník zprostředkovává osobám s duševním onemocněním kontakt s okolním prostředím, pomáhá při komunikaci s rodinou a institucemi, využívá motivační rozhovory, snaží se je aktivizovat, zvyšovat jejich kompetence, upevňovat jejich dovednosti a schopnosti a vést je k samostatnosti. V případě potřeby svolává případovou konferenci k jednotlivým sociálním případům.

Všechny činnosti sociální práce se snaží **zmírnit sociální izolaci osob s duševním onemocněním**.

Intervence sociálního pracovníka konkrétně zahrnují pomoc při hospodaření s finančními prostředky, řešení zadluženosti, úhradě nákladů na bydlení, kompletaci poštovních zásilek a důležitých dokumentů, zprostředkování lékaře, zajištění sociálních i nesociálních služeb, vyřízení nepojistných sociálních dávek a dávek důchodového pojištění.

Sociální pracovník **směřuje poskytované intervence k uplatňování práv a zájmů klientů** a tím zabraňuje sociálnímu vyloučení osob s duševním onemocněním.

ZÁVĚR

Tato práce zachytila pět lidských osudů, které spojovalo duševní onemocnění a celoživotní boj s touto nemocí. Každý respondent má jiné genetické dispozice a je osobností s různým životním příběhem. Spouštěčem duševní poruchy byla rozdílná míra zátěže, ale všichni respondenti mají společných několik aspektů, které zachycuje praktická část – vztah s rodinným příslušníkem nebo přáteli, kontakt se sociálním pracovníkem nebo službou, zkušenost s hospitalizací v psychiatrické nemocnici a ambulantním psychiatrem. Dále tato výzkumná část nastiňuje kontrast mezi vnitřním a vnějším světem osob s duševní poruchou.

Nizozemský model, zmíněný v teoretické části, je inspirací do budoucna v nastavení systému sociální práce s různou mírou intenzity podpory, flexibilně reagující na aktuální potřeby osob s duševním onemocněním.

Směrování České republiky k zajištění komplexní péče o duševně nemocné je tou správnou cestou. Součástí této sítě může být v ideálním případě poskytování chráněného bydlení, bydlení s podporou terénní práce, využití multidisciplinárních týmů a dalších podpůrných opatření umožňujících osobám s duševním onemocněním vést důstojný život s možností volby.

Tento model není možné aplikovat do českých podmínek ihned, co však jde udělat hned, respektive čím lze začít, je změna postoje k lidem s duševním onemocněním, protože jak vyplývá i z této práce, hranice mezi duševním zdravím a nemocí je velmi tenká.

Diplomová práce se pokusila specifikovat rysy a znaky komunikace mezi sociálním pracovníkem a klientem s duševním onemocněním, který má možnost i schopnost srozumitelně vyjádřit svá přání i nespokojenost. Tento kontakt se zaměřuje na naplnění potřeb klientů s duševním onemocněním a pomáhá jim uplatňovat své práva a zájmy.

Provedený výzkum potvrzuje, že intervence se strany sociálního pracovníka obecního úřadu obce s rozšířenou působností umožňuje klientům s duševním onemocněním vyřešit problémy při komunikaci se subjekty v jejich sociálním prostředí, začleněním do společnosti a bojem proti stigmatizaci a sociálnímu vyloučení.

Tento výzkum může sloužit pro další sociální práci s klienty s duševním onemocněním a být využitý, jak u sociálních pracovníků Městského úřadu Otrokovice, tak i pracovníků spolupracujících organizací sociálních služeb.

Úplný závěr si dovolím věnovat respondentu č. 4, který pro mě nebyl respondentem a v poslední době ani klientem, ale panem Dušanem, kterého jsem znala a provázela ho jeho nemocí a životem přes 10 let. Pan Dušan byl paranoidní schizofrenik, po celou dobu svého duševního onemocnění měl hlasy, ale naučil se s nimi žít. Bydlel sám, užíval medikaci a nemusel být už hospitalizován v psychiatrické léčebně. Po celý život mu pomáhala jeho matka, měl velkou důvěru ke své opatrovnici, pravidelně ho navštěvoval jeho přítel z dětství. Velmi miloval své děti, vždy se moc těšil na návštěvu svého syna. Dcera se s ním nestýkala, pravděpodobně po propuknutí nemoci, už k němu nikdy nenašla cestu. Velmi ho mrzelo, že nikdy neviděl svého vnuka, ale byl moc vděčný, za každé video, které mu syn poslal. Tímto mu chci věnovat vzpomínku a vzdát čest jeho památce, pan Dušan zemřel 14 dní po natočení rozhovoru ve věku nedožitých 63 let. Na pohřbu byla i jeho dcera.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80247-4826-9.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303- x.

CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1367-1.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

KELLER, Jan. *Úvod do sociologie*. 3., upr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-06-0.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-318-8.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

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

MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnická příručka. ISBN 978-80-7201-801-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia, 2004. Andragogika. ISBN 80-86432-80-7.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize - Tabelární část*. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. ISBN 978-80-7472-168-7.

STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

WATZLAWICK, Paul, Janet Beavin BAVELAS a Don D. JACKSON. *Pragmatika lidské komunikace: interakční vzorce, patologie a paradoxy*. 2., rev. vyd., 1. v Newton Books. Přeložila Barbora JANEČKOVÁ, přeložil Zbyněk VYBÍRAL. Brno: Newton Books, 2011. Gaia. ISBN 978-80-87325-00-1.

WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL, Ladislav CSÉMY, Miroslava JANOUŠKOVÁ a Linda KREJNÍKOVÁ. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-21-9.

Elektronické zdroje:

ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR [online]. Praha: Společnost sociálních pracovníků ČR, 2006, 20.05.2006 [cit. 2018-01-26]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_ssprcr.pdf

GGzE/100 Jaar [online]. Eindhoven: GGzE, 2018 [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <https://www.ggze.nl/>

INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS. *Global Definition of Social Work* [online]. 2015. vyd. Švýcarsko, 2015 [cit. 2018-01-26]. Dostupné z: <http://ifsw.org/what-we-do/contact/>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR ODBOR SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A SOCIÁLNÍ PRÁCE. *DOPORUČENÝ POSTUP Č. 1/2012: K REALIZACI ČINNOSTÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE NA OBECNÍCH ÚŘADECH TYPU II., TYPU III., ÚJEZDNÍCH A KRAJSKÝCH ÚŘADECH PODLE USTANOVENÍ §92, §93, §93a ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, PODLE USTANOVENÍ §7, §63, §64 A §65 ZÁKONA O POMOCI V HMOTNÉ NOUZI A PODLE USTANOVENÍ § 4a ZÁKONA O ÚŘADU PRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY A PROVÁDĚCÍ VYHLÁŠKY Č. 424/2011 Sb.* Praha, 2012, 35 s.

Zákon č. 1/1993, Sb., Listina základních práv a svobod, In: *Sbírka zákonů*. 28.12.1992. ISSN <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, In: *Sbírka zákonů*. 31.03.2006. ISSN 1211 - 1244., dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006->

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČČK	Český červený kříž
ČR	Česká republika
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiogram
ESF	Evropský sociální fond
GGzE	Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen
ISFW	International Federation of Social Workers
SSP	Společnost sociálních pracovníků
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
SIPO	Sdružené inkaso plateb obyvatelstva
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace