

Sociální problémy mužů v produktivním věku se schizofrenií

Bc. Pavla Grygová

Diplomová práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Pavla Grygová**
Osobní číslo: **H150045**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální problémy mužů v produktivním věku se schizofrenií**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální práce, duševního onemocnění a péče o osobu se schizofrenií.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu formou kazuistiky.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
vedoucí práce



doc. Ing. Aneta Langšová, Ph.D.
hlavní zkušební

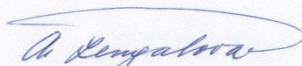
Rozsah diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

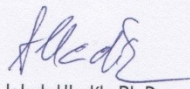
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
PĚČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ a Beate Elisabeth ALBRICH. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
ŠVARŘÍČEK, Roman a Klára ŠEDOVIČOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Vyd. 4. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd
Datum zadání diplomové práce: **22. listopadu 2016**
Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2016


doc. Ing. Aněžka 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 užit 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 14. 4. 2017

..... 

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.

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

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

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-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 vzdělávacího 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). Odprá-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 užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

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

ABSTRAKT

Cílem diplomové práce je zjistit, jak složitá je sociální situace mužů, kteří onemocněli schizofrenií v produktivním věku. V úvodu teoretické části je popisováno schizofrenní onemocnění, jeho projevy, vznik, průběh a sociální význam. Dále je mapován systém péče o schizofreniky v ambulantních, ústavních i komunitních podmínkách. Poslední kapitola je věnována sociální práci se schizofreniky. Praktickou část tvoří kvalitativně orientovaný výzkum. Prostřednictvím případových studií je zjišťováno, jaké jsou hlavní sociální problémy mužů v produktivním věku se schizofrenií a z jakých důvodů k nim dochází.

Klíčová slova: schizofrenie, péče o duševně nemocné, produktivní věk, sociální práce, sociální problémy

ABSTRACT

The aim of this thesis is to find out how complicated the social situation of men who suffered from schizophrenia at working age is. In the introduction to the theoretical part there is described schizophrenic illness, its symptoms, origin, duration, and social importance. There is also mapped a system of care for schizophrenia in outpatient, institutional and community conditions. The last chapter is devoted to social work with schizophrenics. The practical part is qualitatively oriented research. By means of case studies, it is determined what the main social problems of men of working age with schizophrenia are and the reasons why they occur.

Keywords: schizophrenia, mental health care, productive age, social work, social problems

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D. za ochotu i odborné vedení mé diplomové práce a svým nejbližším za velkou podporu a trpělivost.

Motto: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.“

Dr. Halfdan T. Mahler

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SCHIZOFRENNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.1 KLINICKÉ PROJEVY SCHIZOFRENIE	15
1.2 VZNIK SCHIZOFRENNÍHO ONEMOCNĚNÍ A JEHO PRŮBĚH	17
1.3 SOCIÁLNÍ VÝZNAM SCHIZOFRENIE.....	20
2 SYSTÉM PÉČE O SCHIZOFRENIKY	23
2.1 AMBULANTNÍ PÉČE.....	25
2.2 ÚSTAVNÍ PÉČE.....	27
2.3 KOMUNITNÍ PÉČE	29
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI SE SCHIZOFRENIÍ	35
3.1 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SCHIZOFRENIKY	36
3.2 KOMUNIKACE A VZTAH S NEMOCNÝM.....	37
3.3 POTŘEBY SCHIZOFRENIKŮ A PŘEKÁŽKY V JEJICH NAPLNĚNÍ	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
4 VÝZKUM.....	43
4.1 CÍL VÝZKUMU	43
4.2 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	43
4.3 VÝZKUMNÉ POJETÍ	44
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	44
4.5 VÝZKUMNÉ TECHNIKY	45
4.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	45
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	46
5.1 ANALÝZA FINANČNÍHO ZABEZPEČENÍ.....	46
5.2 ANALÝZA VZDĚLÁNÍ A ZAMĚSTNANOSTI	51
5.2.1 Vzdělávání	51
5.2.2 Zaměstnanost.....	52
5.3 ANALÝZA RODINNÉ SITUACE	54
5.3.1 Orientační rodina	54
5.3.2 Kontakty rodinných příslušníků s nemocným.....	56
5.4 ANALÝZA BYDLENÍ	58
5.5 ANALÝZA CHOVÁNÍ A JEHO STIGMATIZACE	61
6 SHRUTÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI A DISKUZE.....	65
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	71
ZÁVĚR	72

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	76
SEZNAM TABULEK	77

ÚVOD

Každé onemocnění, které prožíváme, se nějakým způsobem dotýká kvality našeho života. Choroba omezuje naše možnosti samostatně a účelně reagovat na vzniklé situace i okolní podněty. Zasahuje také do možnosti naší svobodné volby a nezávislého rozhodování o způsobu uspokojování vlastních potřeb. Mezi základní sociální potřeby každého člověka patří potřeba být v bezpečí, přijatý a potvrzený druhými lidmi. Tyto základní potřeby bývají u závažně duševně nemocných lidí velmi často ohroženy.

Postavení psychiatrického pacienta ve společnosti je charakterizováno větší či menší izolací a různými negativními společenskými reakcemi. To, čeho se schizofrenikům často dostává, je přesným opakem toho, co by potřebovali. Jde především o akceptaci, bezpečí a povzbuzování. Schizofrenní onemocnění znamená velmi často těžký osobní úděl nemocného. Tato nemoc má své viditelné projevy, se kterými jsou spojena značná sociální omezení ve vztazích k druhým lidem, nezpůsobilostmi pro určité činnosti a handicapem v různých oblastech. Dopady schizofrenie se promítají v oblasti společenské i sociální. Příznaky a narušené psychické funkce bývají překážkou v každodenním fungování. Následná sociální újma může mít stejný účinek jako onemocnění samotné. Předsudky, vůči takto duševně nemocným, mohou závažným způsobem zasahovat do léčby, adaptace i reintegrace mezi zdravou populací. Nemocní jsou často ohroženi neporozuměním a následným vyloučením.

Jsem přesvědčena, že destigmatizace osob se schizofrenií ve společnosti je důležitým úkolem všech zúčastněných. Ráda proto přispěji k částečné osvětě prostřednictvím této diplomové práce, kterou zaměřuji na sociální problematiku mužů v produktivním věku se schizofrenií. Zaměřím se na jejich specifické sociální problémy, které tato nemoc přináší. V úvodu teoretické části se záměrně věnuji klinickým projevům, vzniku a průběhem schizofrenie. V druhé části pak popisuji systém péče o schizofreniky a v závěru se zaměřuji přímo na sociální práci s pacienty trpícími tímto závažným psychotickým onemocněním.

Cílem empirické části je zjistit, jaký sociální dopad přináší schizofrenie mužům v produktivním věku. Především se zaměřím na jejich rodinnou situaci, oblast finančního zabezpečení, vzdělávání, zaměstnanosti, bydlení a rizikového chování. Prostřednictvím kazuistik budu sledovat osobní příběhy duševně nemocných lidí. Je důležité věnovat pozornost subjektivnímu prožívání, proto volím kvalitativní výzkumnou metodu, jakou jsou případové studie, které jsem zpracovala na základě otevřeného rozhovoru s pacienty, pří-

buznými i sociálními pracovníci, které se bezprostředně podílely na pomoci při řešení nepříznivé sociální situace v uvedených případových studiích.

Málokdo dnes tuší, v jak náročné životní situaci se nachází osoby, které onemocněly schizofrenií. Výzkumem se snažím tuto problematiku částečně přiblížit, neboť je žádoucí, aby takto nemocní lidé nebyli společensky izolováni ani sankcionováni, aby negativní postoje k závažně duševně nemocným lidem změnili přátelé, rodiny, zaměstnavatelé, zdravotníci i široká veřejnost. Cestu vidím v plné informovanosti. Jedině tak může být naše společnost schopna schizofrenikům porozumět a nemocné pochopit, případně je podpořit či nabídnout svou pomoc.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENNÍ ONEMOCNĚNÍ

Nemoc je zvláštní abnormální případ, který se kvalitativně liší od zdraví. Choroba se projevuje příznaky v určitém seskupení a pořadí výskytu. V momentě, kdy přizpůsobivost organismu převyšuje hranici nároků prostředí, je jedinec považován za zdravého. Změna nastává v opačném případě a to tehdy, kdy rozsah nároků prostředí přesáhne hranici adaptability organismu, a tím dochází k narušení rovnováhy (Dušek a Večeřové - Procházková, 2010, s. 23).

Onemocnění můžeme dle Vágnerové (2014, s. 62) obecně posuzovat ze tří hledisek. Z pohledu somatického, psychického a sociálního. Aspekt somatický vymezují jednoznačně příznaky onemocnění. Tělesné potíže představují specifický problém a konkrétní omezení. Psychický aspekt je tvořen souhrnem emočních prožitků, které byly vyvolány změnami souvisejícími s chorobou. Psychická reakce na nemoc je dána osobnostními vlastnostmi nemocného, vývojovou úrovní, zkušenostmi a zafixovanými způsoby zvládnání obtíží. Aspekt sociální je vymezen z velké části společenským hodnocením onemocnění, z něho vyplývajícími postoji a chováním laické veřejnosti. Postoj k nemocnému závisí nejen na typu choroby, ale také na vzdělanostní a kulturní úrovni dané společnosti.

Sociologové vnímají nemoc jako úchylku. Důvodem je společenská nežádoucnost nemoci a odchýlení se od chování, které společnost od jedince očekává. Jde o odchylku plnění obvyklých společenských úloh a rolí (Dušek a Večeřová - Procházková, 2010, s. 23). Vágnerová (2014, s. 61) uvádí, že nemoc lze chápat jako narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivým způsobem ovlivňují kvalitu života nemocného jedince. Chronické onemocnění představuje trvalé znevýhodnění. Ke zlepšení či úpravě zdravotního stavu může dojít, ale chronicky nemocného nelze nikdy zcela vyléčit. Ten pak musí onemocnění přijmout jako součást své vlastní identity a musí se s ním nějakým způsobem naučit žít.

Schizofrenie je řazena k chronickému duševnímu onemocnění, které negativně ovlivňuje schopnost nemocného plnit své role. Nelze od něj vyžadovat větší odpovědnost a očekávat plnění příslušných povinností (Vágnerová, 2004, s. 360). Rozvoj tohoto duševního onemocnění se objevuje zpravidla v průběhu dospívání či mladé dospělosti, probíhá většinou v atakách, kterým se při opakování po první epizodě nemoci říká relaps (Doubek, Praško et al., 2010, s. 11-12). Lidé s tímto onemocněním přestávají být produktivní, proje-

vy nemoci jim brání odvádět efektivní práci a velmi často absentují. Z údajů Světové zdravotnické organizace vyplývá, že schizofrenie patří k jednomu z nejčastějších příčin ztráty pracovní schopnosti u obyvatel v produktivním věku.

Slovník cizích slov popisuje slovo produktivní jako „výrobně zdatný, plodný, tvořivý“ (1996, s. 301). Baldwin a Wyplosz (2013, s. 202) definují produktivní populaci jako počet lidí v rozmezí věku 15 až 60/65 let, do kterých se zahrnují zaměstnaní, nezaměstnaní, osoby mimo pracovní sílu, kromě osob pobírající invalidní důchod. Jde o aktivní období lidského života, v němž je člověk schopen podávat plný pracovní výkon na základě odpovídajícího tělesného a psychického stavu.

Produktivní věk se obvykle kryje s kategorií práceschopnosti obyvatelstva, individuálně kolísá v závislosti na subjektivních fyzických a psychických dispozicích. Toto období Vágnerová (2007, s. 14) popisuje jako období dospělosti, které je spojováno se samostatností a nezávislostí. Jedinec si v tomto období volí svůj životní styl a své role s ohledem na tlak společnosti směřující k přijetí určitých závazků. Dospělost je spojována s ekonomickou soběstačností, se svobodnou volbou přátelských a partnerských vztahů. Od muže v produktivním věku společnost obecně očekává, že bude plnit roli pracovní, rodičovskou i partnerskou.

Schizofrenie je však závažným psychotickým onemocněním, které značným způsobem narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Je charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení, vnímání, emocí, chování a kognitivních funkcí (Ocisková a Praško, 2015, s. 45). Pro stanovení diagnózy je rozhodující pozorování nemocného a pečlivé naslouchání tomu, co lékaři sděluje. Velmi důležité jsou i informace od příbuzných. Při diferenciaci diagnostických úvahách může pečlivým vyšetřením pomoci i psycholog. V rámci první epizody nemoci zpravidla všichni pacienti podstoupí zobrazovací vyšetření mozku nebo EEG k vyloučení jiné patologie. Neexistuje však žádná laboratorní metoda, která by prokazovala schizofrenní onemocnění (Bankovská - Motlová a Španiel, 2013, s. 13).

U schizofrenie rozlišujeme několik klinických forem, které se odlišují charakteristickými příznaky a průběhem. Nejčastějším typem je schizofrenie paranoidní, pro kterou jsou charakteristické bludy a halucinace. Hebefrenní schizofrenii doprovází dezorganizace v oblasti myšlení i emocí a v oblasti chování. Méně často se setkáváme s katatonní schizofrenií, kde dominuje porucha psychomotoriky. Nediferencovaná schizofrenie mívá zcela

nevyhraněnou podobu. Další klinickou formou je simplexní schizofrenie, která se vyznačuje plíživým rozvojem, ztrátou zájmů a úbytkem vůle (Probstová a Pěč, 2014, s. 53). Poslední formou je reziduální schizofrenie, která je chronickým stavem přetrvávajícím po odeznění akutních příznaků. Projevuje se podivínstvím, spojeným s lenošením, nemotivovanou toulavostí a zanedbáváním sebe a svého okolí (Höschl, Libiger a Švestka, 2002, s. 359 - 360).

Základem léčby schizofrenního onemocnění je vždy farmakoterapie antipsychotiky. Dnes je k dispozici velké množství preparátů s různým mechanismem účinku. Působí proti halucinacím a bludům, zklidňují nebo naopak oživují motoriku, působí proti výkyvu nálad a proti úzkosti. Léky jsou k dispozici tabletově, ale i v tzv. depotní formě. Schizofrenie často narušuje fungování člověka v základních životních okruzích, proto je medikamentózní léčba doplňována psychoterapeutickou intervencí (Ocisková a Praško, 2015, s. 48).

Pro názornější dokreslení celé problematiky a pochopení složité životní situace osob se schizofrenií v první kapitole uvádím jednotlivé klinické projevy schizofrenního onemocnění, dále se zaměřím na vznik i průběh nemoci a v poslední podkapitole na sociální význam schizofrenie.

1.1 Klinické projevy schizofrenie

Schizofrenie se vyznačuje velkou pestrostí příznaků. Při vyšetření nemocného se zjišťují poruchy vnímání, myšlení, jazyka, emocí, motoriky a kognitivních funkcí. Diagnóza se určuje dle přítomnosti symptomů a podle dysfunkce v sociálních a pracovních rolích (Motlová a Koukolík, 2004, s. 19).

Jednotlivé příznaky je dle Vágnerové (2004, s. 336 -337) možné diferencovat podle toho, zda jsou projevem nadměrného vyjádření standardních funkcí nebo jejich úbytku. Mezi pozitivní příznaky můžeme řadit bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, dezorganizace řeči, narušenou kontrolu chování a katatonní symptomy, které jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku. Tyto příznaky jsou typické především pro akutní fázi nemoci a projevují se obvykle nápadnou změnou psychických funkcí. K negativním symptomům zejména patří výrazná apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí, abulie, neschopnost iniciovat cílevědomé jednání a sociální stažení. Doubek et al. (2010, s. 19) konstatují, že příznaky schizofrenie jsou velmi různorodé a vyskytu-

jí se v různých vzájemných kombinacích. V průběhu onemocnění se mění a jejich změna může být i velmi rychlá.

Bankovská - Motlová a Španiel (2013, s. 13-14) rozlišují symptomy schizofrenie na specifické a nespecifické. Specifické příznaky dále rozřazují do 4 základních skupin, a to na psychotické symptomy, poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením, poruchy poznávacích funkcí a symptomy depresivní nebo manické. Mezi nespecifické symptomy, které doprovází klinický obraz této nemoci, řadí autoři poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkost a pocity napětí.

K hlavním psychotickým neboli pozitivním příznakům schizofrenie patří halucinace a bludy. Doubek et al. (2010, s. 16) uvádí, že halucinace jsou projevem zkresleného vnímání reality. Jde o falešné smyslové vjemy vznikající bez zjevného podnětu. Schizofrenik slyší, vidí a cítí věci, které nevnímají druzí lidé. Halucinacemi mohou být postiženy všechny smysly (Dušek a Večeřová - Procházková, 2010, s. 46). Bankovská - Motlová a Španiel (2013, s. 16 - 17) konstatují, že nejčastější jsou halucinace sluchové. Nemocný člověk může slyšet buď jednotlivé zvuky, nebo složitější vjemy nazývané hlasy. Tyto hlasy k nemocnému hovoří přímo, nebo hovoří o něm, anebo komentují jeho myšlenky či chování. Hlasy mohou zakazovat, co nemá jedinec dělat, mohou i přikazovat, což je velmi nebezpečnou variantou, jejichž vlivem pak může dojít k chování, které ohrožuje pacienta nebo jeho okolí. Halucinace jsou často velmi výrazné, někdy i intenzivnější než vnímaná skutečnost, proto s hlasy nemocní nezřídka komunikují.

Zvláštním druhem jsou halucinace intrapsychické, při nichž má pacient dojem, jako by mu někdo myšlenky odnímal nebo mu je naopak vkládal do hlavy. Při zrakových halucinacích nemocný vidí různé barvy, tvary, osoby nebo barvitě scény. Čichové halucinace bývají často spojené s chuťovými, kdy pacient cítí různé pachy či chutě, které jsou pro něj nepříjemné. Tělesné halucinace Doubek et al. (2010, s. 17) popisují jako zvláštní tělesné pocity pálení, elektrizování, změny vlastností vnitřních orgánů nebo doteky po těle.

Bludy definuje Vágnerová (2014, s. 324) jako privátní, mylné a nevyvratitelné přesvědčení, které zásadním způsobem ovlivňuje chování člověka. Řadí je mezi poruchy myšlení. Dle Bankovské - Motlové a Španiela (2013, s. 15) blud vzniká postupně, nejčastěji vztahovačností, kdy má nemocný pocit, že se na něj zaměřil celý svět. Cítí se ohrožený a často pod vlivem bludu i jedná. Kromě těchto bludů může docházet i k vývoji megalomaniackých bludů, bludů o významném původu či religiálních s náboženskou tematikou

(Probstová a Pěč, 2014, s. 50). Další poruchou myšlení jsou poruchy formy myšlení, které se projevují tím, že nemocný nedokáže udržet linii hovoru, mluví bez logických souvislostí, obšírně a zabíhavě. K pozitivním symptomům náleží i poruchy chování, které vznikají důsledkem halucinací a bludů. V chování pacienta se může vyskytovat agitovanost, neklid, zrychlené psychomotorické tempo, dále agresivita nebo bizarní chování (Doubek et al., 2010, s. 18).

Negativní symptomatika je dle Duška a Večeřové - Procházkové (2010, s. 219) popisována, jako příznaky v psychice nemocného, které se u zdravého člověka nevyskytují. Mezi typické negativní příznaky schizofrenie patří plochý afekt, snížená emoční reaktivita, chudost řeči, ochuzení zájmu o sociální aktivity a ztráta iniciativy. Tyto negativní příznaky se naplno manifestují až po odeznění floridních psychotických projevů. Příbuzní nemocného se často mylně domnívají, že jde o lenost. Odstraňování těchto příznaků schizofrenního onemocnění může trvat i několik měsíců (Bankovská - Motlová a Španiel, 2013, s. 19-20). Další skupinou negativních symptomů jsou poruchy nálad. Zhoršená nálada s pocity méněcennosti se velmi často objevuje při uvědomování si reality a prognózy probíhajícího onemocnění. S pocity beznaděje a obav se mohou objevit i suicidální myšlenky (Doubek et al., 2010, s. 18).

Závažnost kognitivních příznaků je spojena s rozvojem negativních symptomů. Kognitivní příznaky schizofrenního onemocnění zahrnují problémy se soustředěním, pamětí, schopností plánovat, řešit konstruktivně problémy a pružně reagovat na změnu. Nejčastěji dochází k poruchám rychlosti zpracování informací, k poruchám exekutivních funkcí, abstraktního myšlení a k poruchám sociální kognice. Neporušenost sociální kognice je klíčem k mezilidské komunikaci. Aby člověk obstál v mezilidských vztazích, potřebuje ovládat určité sociální dovednosti, ke kterým patří konverzace a asertivní komunikace. Psychóza však může nejistotu v mezilidských situacích dle Bankovské - Motlové a Španiela (2013, s. 21) vyvolat, může narušit schopnost rozumět mezilidským interakcím a zhoršit komunikační dovednosti.

1.2 Vznik schizofrenního onemocnění a jeho průběh

Průběh schizofrenního onemocnění je velmi proměnlivý podobně jako jeho symptomatika. Povaha změn, jejich stálost, hloubka a trvalost jsou výslednicí mnohých vlivů.

Vlastní chorobný proces je pouze jeden z faktorů, který je ovlivňuje. K dalším faktorům patří osobnost nemocného, jeho fyziologická výbava, schopnost adaptivního chování, sociální prostředí a intenzita stimulace, které je nemocný vystaven (Libiger, 2002, s. 352).

Průběh onemocnění lze rozdělit do několika stádií. Libiger (2002, s. 353) konstatuje, že premorbidní stádium je u části nemocných jedinců spojeno s drobnými odchylkami v motorickém a sociálním vývoji. Tyto odlišnosti se objevují během prvních pěti let života a mají tendenci se prohlubovat. Projevují se poruchami pozornosti, výkonu a sociálním stažením. Toto období může být zcela nenápadné a plynule přechází do prodromální fáze.

Před vypuknutím onemocnění lze u některých lidí pozorovat určité nápadnosti v prožívání, způsobu reagování, chování a výkonu. Nemají specifický charakter a nikdo v tomto období nepředpokládá, že by mohly dojít až za hranici patologie. K prodromálním signálům dle Vágnerové (2014, s. 329 - 330) především patří zvýšená zranitelnost, kdy nemocný špatně snáší úzkost, má sklon k depresivitě, nezvládá vlastní impulzivnost a má omezenou schopnost prožívání i vyjadřování emocí. Může být značně uzavřený se sklonem k sociální izolaci a ke vztahovačnosti. Současně je nadměrně závislý a zvýšeně kritický ke svým blízkým. Nápadná je vázanost nemocného na známé prostředí, nemluvnost, hloubavost a snížení výkonu. Zhoršuje se pozornost a nemocný se nedokáže na žádnou činnost soustředit. Často se objevují somatické stesky neurčitého charakteru. Libiger (2002, s. 353) uvádí, že nespecifické příznaky tohoto období jsou již nápadnější a mohou se stát důvodem ke kontaktu se zdravotnickým zařízením.

V současné době je počáteční fázi věnována obecně velká pozornost. Důraz je kladen na včasnou diagnostiku a léčbu, které jsou vedeny snahou zmírnit nebo odbourat prodromální symptomy k oddálení či zabránění manifestace psychotických projevů. V odhalení iniciálních projevů hrají důležitou roli lékaři primární péče (Svoboda et al., 2006, s. 277).

Vlastní nemoc se obvykle objevuje v dospívání nebo v rané dospělosti. Na toto období Probstová a Pěč (2014, s. 48) nahlíží, jako na dobu, ve které dochází pro disponovaného jedince k narušení rodinné homeostázy. Jde obvykle o situaci osamostatnění, oddělení či odloučení. Libiger (2002, s. 352) uvádí, že vrcholy výskytu jsou u nás mezi 20. až 24. rokem. V celosvětovém průměru se věk začátku schizofrenie pohybuje mezi 26 a 27 lety. Průměrný věk prvních psychotických známek je pro muže 26 let a první příjem do psychiatrického zařízení je u mužů v průměru ve 28 letech.

První psychotická epizoda nastupuje po prodromech a má často povahu náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti. Dochází k pronikavé změně sociální a pracovní kompetence, ke zneschopnění pacienta a k jeho hospitalizaci na psychiatrii. V psychotické atace se s halucinacemi a bludy uplatňuje celý rejstřík schizofrenní patologie, který je příznačný pro příslušnou formu onemocnění (Libiger, 2002, s. 353). Začátek onemocnění může být náhlý, ale také plíživý. V případě plíživého průběhu, ještě před nástupem nemoci, dochází k dalšímu zhoršení výkonu ve studiu, zaměstnání i v péči o sebe samého. Nemocný se může chovat podivínsky, kdy hromadí neúčelné věci, přestává o sebe dbát, mluví o pronásledování a o neviditelné moci někoho či něčeho. Dochází k akceleraci či rozšíření již dříve existujících nápadností (Vágnerová, 2014, s. 330).

Schizofrenní onemocnění probíhá epizodicky, zpravidla v opakovaných znovuvzplanutích nemoci, tzv. atakách a mezidobích ústupu příznaků tzv. remisích (Probstová a Pěč, 2014, s. 49). Ataka psychózy trvá přibližně 6 měsíců a zahrnuje období, kdy jsou v popředí pozitivní, negativní a kognitivní příznaky. Dle Bankovské - Motlové a Španiela (2013, s. 31) plně rozvinutá ataka vrcholí absencí náhledu a zhoršením kontaktu s realitou, nemocný je obvykle hospitalizován. Zpravidla po několika týdnech léčby se pozitivní symptomy zmírňují, až postupně vymizí. Negativní a kognitivní příznaky zasahují nemocnému do života hlavně po ukončení hospitalizace. Psychiatrická lůžková zařízení zcela záměrně zajišťují chráněné nestresující prostředí. V běžném životě se pak případný kognitivní handicap projeví naplno.

První ataka schizofrenního onemocnění má dobrou prognózu. Po první epizodě však dochází u většiny psychotických pacientů k relapsu, které Doubek et al. (2010, s. 43) definují jako návrat akutních psychotických příznaků, které již byly zaléčeny. Množství nemocných, kteří prodělají pouze jedinou epizodu, se pohybuje mezi 15 až 22 %. Po období relapsů a remisí v různých průběhových variantách dochází ke stabilizaci a někdy i k trvalé remisi pouze s nepatrnou reziduální symptomatikou. Povaha postpsychotického stavu je určována mnoha faktory. Velkou roli hraje včasnost a povaha poskytnuté léčby, dostupnost rehabilitace a účinná ochrana před zátěží. Ta by měla přicházet od rodiny nemocného, od blízkých a z jeho společenské a pracovní perspektivy. Závažnější výsledný stav po proběhnutém schizofrenním onemocnění je diagnostikován jako reziduální schizofrenie, která zahrnuje především negativní příznaky projevující se zanedbáváním zevnějšku, sociálním stažením, plochou emotivitou a pasivitou. Schopnost upřít pozornost a využít plnou kapacitu paměti bývá značně snížena (Libiger, 2002, s. 353 - 354).

Schizofrenie je onemocnění, které může být doprovázeno neurodegenerativními změnami, vyvolávanými opakovanými relapsy (Vágnerová, 2014, s. 331). Nejkritičtějších je dle Bankovské - Motlové a Španiela (2013, s. 77) prvních 5 let od vzniku onemocnění, kdy k opětovnému vzplanutí dochází až u 80 % pacientů. S ohledem na počet akutních atak a možnost vzniku přetrvávajícího postižení lze dle Vágnerové (2014, s. 331 - 332) rozlišovat 4 typy průběhu nemoci. O epizodickém průběhu hovoříme, když se onemocnění projeví pouze jednou atakou a dojde k přijatelné úpravě zdravotního stavu. Opakovaný průběh charakterizuje pravidelné či nepravidelné střídání chorobných atak a remisí, kdy k recidivám dochází přibližně u 60% nemocných. Relativně vzácný je maligní průběh, kdy poměrně rychle vzniká reziduální deficit. K chronickému průběhu onemocnění dochází u 30 % nemocných. Je spojený s opakováním chorobných atak a jinými vyvolanými neurodegenerativními změnami, které vedou k úbytku adaptačních schopností.

Řadě lidí z této cílové skupiny se z větší části vlastními silami nebo s podporou svého okolí podaří žít dobrý život. Většina nemocných však k tomu, aby dokázala po stabilizaci svého zdravotního stavu zlepšit kvalitu své existence, potřebuje dlouhodobě profesionální pomoc, širokou a všestrannou péči (Weeghel, 2009, s. 16 - 17).

1.3 Sociální význam schizofrenie

Schizofrenie je chronické duševní onemocnění, které má podle Křivohlavého (2002, s. 131) velký vliv na sebepojetí pacienta, tedy na to, jak nemocný sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Jeho identita je chorobou postižena nejvíce. Nemocný má pocit, že se stává někým jiným a ztrácí pocit schopnosti některé věci řešit.

Jelikož je schizofrenie ze sociálního hlediska stigmatizující chorobou, musí se navíc většina nemocných vypořádat i s nějakou formou stigmatizace. Pohled veřejnosti na schizofrenní onemocnění je utvářen nedostatkem znalostí, předsudky a diskriminujícím chováním. Různé formy veřejného stigmatu, sebestigmatizace a vyhýbání se nálepce mohou mít hluboké poškozující důsledky (Ocisková a Praško, 2015, s. 52). Stres spojený se stigmatem může zhoršovat průběh schizofrenního onemocnění, proto je velmi důležité stigma vymýtit a pacientům jejich nesnadný život ulehčovat (Motlová a Koukalík, 2004, s. 341).

K nejistotě ve vymezení tohoto onemocnění přispívá i to, že se schizofrenie rozvíjí někdy dost dlouhou dobu pouze v soukromí (Vágnerová, 2014, s. 343). V počáteční fázi se objevují různé nespecifické příznaky, jako je úzkost, podrážděnost, vztahovačnost, únava, nesoustředěnost nebo nespavost. Nemocný se uzavírá do svého světa a přestává s okolím komunikovat. U ostatních členů rodiny vzbuzuje nemocný pocity nejistoty, většinou je ani nenapadne, že by mělo jít o signál závažného duševního onemocnění. Nemocnému není snadné porozumět, komunikace s ním je obtížná a jeho projevy jsou mnohdy nepředvídatelné. Neznalost ovlivňuje i představy o možnostech nápravy a dostupné léčby (Vágnerová, 2014, s. 344).

S příchodem psychózy pocítí ostatní příbuzní citelně důsledky tohoto onemocnění, a jak se projeví, závisí dle Savenje (2009, s. 199) na několika faktorech. V první řadě záleží na rodinném vztahu, zda se problém týká dítěte, manžela, jednoho z rodičů či sourozence. Také záleží na formě nemoci a typu rodinného prostředí. Podstatné je, jaké jsou charakteristické rysy rodiny a jak jednotliví členové reagují ve složitých situacích.

Potvrzení závažného duševního onemocnění působí na rodinu jako zátěž, se kterou je nutné se určitým způsobem vyrovnat. Reakce rodiny má svou dynamiku, v průběhu nemoci se názory a postoje příbuzných mění. Prvotní obrannou reakcí bývá popření či bagatelizace. Rodina může chápat nemoc jednoho ze svých členů jako slabost, či selhání. Tento postoj se často projeví omezením kontaktu s okolím, nebo přecitlivělostí. Druhá fáze je charakteristická postupným přijetím a zpracováním skutečnosti. Chování nemocného blízké přinutí, aby si přiznali, že jde skutečně o nemoc. Častou reakcí je zklamání, hněv, zlost a hledání příčiny či konkrétního viníka. V jiném případě si rodiče nemocného nejsou jisti svou výchovou a mají pocit, že selhali. Deprimovaný partner mívá ochranné sklony i pocity hněvu. Třetí fáze onemocnění je charakteristická potřebou hledat pomoc. Příbuzní nemají mnohdy představu, jak by měla vypadat, ale jsou přesvědčeni, že musí existovat možnost rychlého, efektivního a úplného uzdravení. Zde se objevuje riziko následné rezignace příbuzných. Pokud rodina překoná všechny tyto potíže, může v další fázi získat náhled na situaci a zaujmout realistický postoj (Vágnerová, 2014, s. 344-345).

Pozitivním východiskem je nové uspořádání života celé rodiny, které je pro všechny zúčastněné přijatelné. Projevy duševního onemocnění však často vedou k narušení dosud fungujících pravidel a zvyklostí v rodinném prostředí. Rodina mnohdy proměnu osobnosti nemocného nezvládne, nedokáže se mu ve všem přizpůsobit a dochází k omezení kontaktu, případně nemocného vylučuje ze svého kruhu (Vágnerová, 2014, s. 346). Oddě-

lení od rodiny a přátel však vede u duševně nemocného k pocitu sociální izolace a osamělosti, což může být, jak uvádí Ocisková a Praško (2015, s. 56) východiskem chronifikace potíží.

I uprostřed rodiny může být nemocný člen přijímán ambivalentně, může být vystaven nadměrné kritice, pohrdání, ponižování, nebo naopak může docházet k vytvoření hyperprotektivního postoje rodiny. Rodinné klima může fungovat tedy i jako rizikový faktor, který přispívá k udržení některých příznaků nemoci a může ovlivnit případný návrat akutního stavu nemocného člena rodiny (Vágnerová, 2014, s. 346). Zásadní je také intenzita s jakou rodina vyjadřuje emoce (expressed emotions), jak dávají příbuzní najevo, co cítí a co se v nich odehrává. V rodinách s vysokou mírou emocí jsou jednotliví členové k sobě velmi kritičtí, nepřátelští a emocionální angažovanost je zde velmi silná (Savenje, 2009, s. 204). Takové vyjadřování emocí má negativní vliv na průběh léčby psychózy. K návratu onemocnění dle Doubka et al. (2010, s. 45) dochází v 55% u pacientů, kteří žijí v rodině s vysokou úrovní vyjadřování emocí a v 20% u pacientů z rodin s nízkou úrovní vyjadřování emocí.

Reakce rodiny závisí i na roli nemocného, kterou zastával v době, před propuknutím choroby. Pokud onemocní adolescent, pozice nemocného se výrazným způsobem nemění a rodiče zůstávají nadále jako pečovatelé. Role dospělého člověka, manželského partnera i rodiče jsou již spojeny s většími nároky, povinnostmi a zodpovědností, u něj se pozice změní mnohem více. Závažnější problém nastává, pokud v rodině žijí děti, které nemohou vzhledem ke své emoční i rozumové nezralosti hodnotit projevy nemocného s náležitým odstupem. Na děti může přítomnost závažně duševně nemocného jedince působit velmi negativně (Vágnerová, 2014, s. 346). Savenje (2009, s. 200) uvádí, že některé děti schizofreniků si představují, jak nesou vinu za podivné chování svého rodiče.

Schizofrenie je stav, do jehož vzniku, dynamiky, léčby a stabilizace se významným způsobem promítají různorodé sociální vlivy. Nemocný je stále součástí sociálního života, jako pacient na oddělení, člen rodiny, zaměstnanec, občan nebo soused. Jeho aktivní účast na společenském životě je však velmi omezená (Praško et al., 2011, s. 351). Pro takto závažně duševně nemocné osoby je tedy důležitá podpora okolí. Jakou pomoc nabízí systém péče v našich podmínkách, popisují v další kapitole.

2 SYSTÉM PÉČE O SCHIZOFRENIKY

Do 2. světové války stála v naší zemi péče o duševně nemocné stranou hlavního proudu vývoje medicíny. Až od padesátých let 20. století začala psychiatrie opouštět uzavřené, izolované ústavy a postupně pronikala mezi ostatní medicínské obory. Ale teprve v současnosti začíná být tuzemská koncepce péče o duševní zdraví ovlivňována moderními trendy vyspělého světa (Praško et al., 2011, s. 325).

Péče o schizofreniky je u nás realizována prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě služeb. Mezi její základní prvky patří psychiatrické ambulance, klinicko - psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která jsou průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb (Petr et al., 2014, s. 43). Hoskovcová (2009, s. 51) rozděluje péči o duševní zdraví na intramurální (institucionalizovanou), extramurální (mimo zdi instituce) a semimurální péči, která je na hranici mezi dvěma předchozími.

Petr et al. (2014, s. 43) tvrdí, že i přesto, že jsme bohatší zemí, je organizace psychiatrické péče v ČR nejvíce podobná některým zemím bývalého Sovětského svazu a zemím na Balkánském poloostrově. Typickým společným prvkem těchto systémů je nízký podíl psychiatrie na zdravotních výdajích, koncentrace psychiatrické péče v psychiatrických nemocnicích a nedostatečně rozvinutá komunitní péče.

V roce 2012 se Ministerstvo zdravotnictví České republiky rozhodlo stávající systém psychiatrické péče změnit a reformovat ho takovým způsobem, aby bylo v souladu s evropským trendem. Byla zahájena rozsáhlá odborná diskuze nad budoucí podobou systému psychiatrické péče. Následně byla zpracována a v říjnu 2013 ministrem zdravotnictví ČR schválena Strategie reformy psychiatrické péče, která nastiňuje směřování změn.

Nový systém má být vystavěn na 4 pilířích – psychiatrické ambulance, psychiatrická oddělení, psychiatrické nemocnice a centra duševního zdraví. Hlavním cílem této reformy by mělo být posílení oblasti komunitních služeb, humanizace poskytované péče a její destigmatizace, posílení akutní péče v rámci psychiatrických oddělení a kultivace prostředí psychiatrických nemocnic (Petr et al., 2014, s. 45 - 46). Reforma však probíhá velmi pomalu a je komplikována nedostatkem financí.

Moderní podoby péče o dlouhodobě duševně nemocné jsou charakterizovány především snahou o integraci nemocných do majoritní společnosti, zmenšováním a odstraňo-

váním stigmatizace, snižováním lůžek ve velkých psychiatrických nemocnicích, náhradou malým počtem akutních lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic a rozvětvenou sítí služeb následné péče (Praško, et al., 2011, s. 325).

Cílem moderní péče o lidi s vážným duševním onemocněním není pouze snížení intenzity příznaků nemoci nebo jejich eliminace. Důležitým úkolem je zvýšení funkčních kapacit a nalezení uspokojivého místa ve společnosti. Tento dlouhodobý proces změny je dnes označován jako zotavení či úzdrava - recovery (Probstová a Pěč, 2014, s. 214).

Pojem zotavení lze dle Probstové a Pěče (2014, s. 214 - 215) použít ve dvou pojetích. V pojetí klinickém znamená symptomatickou remisi a vyladění kognitivních, sociálních a pracovních funkcí. Rehabilitační pojetí zotavení je zaměřeno subjektivněji na nemocného, na jeho úspěšnou životní adaptaci a dosažení plnohodnotného života při přetrvávajícím duševním postižení. Jde tedy o zlepšování zdravotního stavu a osobní proměny, která umožňuje nemocnému žít smysluplný život ve společenském prostředí dle svého výběru (Probstová a Pěč, 2014, s. 214).

Zotavení znamená něco jiného než v lékařském smyslu vyléčení, není totožné s dosažením psychické stability. Při úzdavě se jedná o jedinečné osobní procesy, kdy se nemocný snaží svému životu dát nový obsah. V těchto procesech může mít nemocný prospěch z poskytovatele pomoci, ale těžiště zotavení spočívá v tom, co jedinec sám podniká, aby dal svému životu příznivý obrat k lepšímu. Zotavení spočívá ve výměně identity pacienta za identitu občana (Weeghel, 2009, s. 20).

Longitudální studie nám ukazují, že řada schizofrenních pacientů se v dlouhodobé perspektivě zcela nebo částečně zotaví a těmto lidem se podaří vymanit se ze své sociální izolace. Významnou roli hrají faktory, jako je osobnostní růst, změny osobnosti, konkrétní životní fáze a požadavky prostředí lépe přizpůsobené nemocnému jednotlivci. Dlouhodobé zotavování může příznivě ovlivnit kvalitní dlouhodobá léčba a rehabilitace (Weeghel, 2009, s. 17).

Bankovská - Motlová a Španiel (2013, s. 85) rozdělují péči o schizofreniky dle jednotlivých fází nemoci. V akutní fázi psychózy, kdy se jedná o první ataku či relaps onemocnění, je vhodným typem péče hospitalizace, při které se snaží psychiatři medikací odstranit floridní psychotické symptomy a agitovanost, věnují zvýšenou pozornost imperativním halucinacím a případným sebevražedným úvahám. V době stabilizační fáze neboli křehké remise je dle autorů vhodným typem pomoci péče v denním sanatoriu či psychiat-

rické ambulanci. Jejich hlavním cílem je dosažení remise a získání pacienta a rodiny ke spolupráci. Stabilní fázi, kterou nazýváme remisí, lze již zvládat také v ambulantních podmínkách, pomocí komunitní péče v denních stacionářích a aktivit svépomocných skupin. Tyto složky systému se pak snaží především o předcházení návratu nemoci a případného včasného rozpoznání příznaků hrozícího relapsu. V následujících podkapitolách se budu podrobněji zabývat výše uvedenými druhy péče o psychotické pacienty.

2.1 Ambulantní péče

Psychiatrická ambulance je základním článkem systému psychiatrické péče v ČR. Je místem, kde převážně dochází k prvnímu psychiatrickému kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt bývá velmi často dlouhodobý a kontinuální. Ambulantní psychiatr se tak stává koordinátorem péče o vážně duševně nemocného a jeho průvodcem v systému psychiatrických a zdravotně - sociálních služeb (Petr et al., 2014, s. 43).

V rámci koncepce psychiatrické péče je na ambulantního psychiatra pohlíženo jako na nositele primární psychiatrické péče. Mezi základní charakteristiky této pomoci patří přímý přístup pacienta k psychiatrovi, kontinuální, dlouhodobá, komplexní a také koordinovaná péče. Snahou psychiatrické primární péče je i udržení pacienta v jeho přirozené komunitě a minimalizace sociální izolace. Ambulantní psychiatr v zájmu pacienta kooperuje se všemi články systému psychiatrické péče i s dalšími částmi zdravotnických služeb (Praško et al., 2011, s. 327). Velmi často se stává styčnou osobou v kontaktu mezi nemocným a jeho příbuznými, může pozitivním způsobem ovlivnit postoje pacienta, jeho nejbližších i široké laické veřejnosti (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006, s. 81).

Ambulantní psychiatrická péče může být poskytována formou individuální lékařské praxe, v zařízení sdružené praxe, nebo v centrech psychiatrické či psychiatricko - psychologické péče, kde bývá poskytována současně péče ambulantní i intermediální. V rámci ambulantních psychiatrických služeb zpravidla funguje týmový model, kde vedle psychiatra působí kliničtí psychologové, sociální pracovníci a psychiatrické sestry (Raboch a Wenigová, 2008).

V ambulanci se onemocnění diagnostikuje, léčí, provádí se jeho rehabilitace a prevence. Psychiatrická péče může být poskytována i mimo ordinace, a to formou psychiatrické návštěvní služby nebo asertivní týmové práce v terénu. Náplní psychiatrické ambu-

lance je i zajišťování psychiatrické péče ve veřejném zájmu. Jejím úkolem je péče o osoby pro léčbu nedostatečně motivované, o osoby sociálně selhávající a o pacienty, kterým byla soudem nařízena ochranná léčba psychiatrická v ambulantní formě. Někteří ambulantní psychiatři provádí mimo jiné konziliární činnost pro lůžková nemocniční a ústavní zařízení bez vlastní psychiatrické péče, poskytují psychiatrickou péči v zařízeních sociálních služeb a dispenzarizaci pacientů s chronickým průběhem onemocnění (Raboch a Wenigová, 2008).

V současnosti se z hlediska kvantity i z hlediska časového odehrává převážná část psychiatrické péče právě v psychiatrických ambulancích. Počty ambulantních psychiatrů se zvyšují a úměrně roste i počet ambulantních vyšetření. Předpokládanou potřebou je 1 psychiatr na 20 tisíc obyvatel. V pokrytí ambulantními psychiatrickými službami však existuje stále značný rozdíl mezi městy a venkovem (Praško et al., 2011, s. 327).

Ambulantní psychiatr má přehled o návazné péči a službách, které jsou pro pacienty s psychózou vhodné (Hoskovcová, 2009, s. 53). Kvalitativní analýzy nám ukazují, že ambulantní psychiatři jsou však přetížení vysokými počty případů a nemají dostatek časového prostoru na řešení problematiky psychotických pacientů. Částečně i v důsledku toho pak nedostatečně spolupracují s dalšími poskytovateli psychiatrické péče (Petr et al., 2014, s. 43).

Do systému ambulantní péče jsou kromě privátních psychiatrických ambulancí také řazeny ambulance při psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, klinik nebo psychiatrických nemocnic (Praško et al., 2011, s. 327). Cílem všech těchto ambulancí je co nejvíce podpořit pacienta a jeho přirozené zázemí tak, aby byl schopný se co nejdříve vypořádat s obtížemi, které schizofrenie přináší. Snahou je také napomoci pacientovi dosáhnout alespoň částečně produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách (Hoskovcová, 2009, s. 54). Nemocní si tak zachovávají větší díl soběstačnosti, sociálních kontaktů a je po nich vyžadována i větší iniciativa. (Praško et al., 2011, s. 328)

Významnou roli v systému psychiatrické péče hraje i praktický lékař, který odkrývá skrytá psychiatrická onemocnění. Pacienta pak předává do primární psychiatrické péče. Praktický lékař pro dospělé je také v kontakt s klinickým psychologem. Ambulance klinického psychologa úzce spolupracuje s lékaři primární psychiatrické péče i se specializovanými ambulancemi. Zabývá se psychologickou diagnostikou, psychologickou intervencí

a podle získané kvalifikace provádí psychoterapeutické léčení. V případě akutních krizí či traumat mají pacienti do ambulance klinického psychologa přímý přístup (Raboch a Weni-gová, 2008).

Lékař prvního kontaktu má nezastupitelnou roli v počáteční fázi schizofrenní poru-chy. Právě on bývá mnohdy přivolán v době akutního psychotického stavu k zorganizování transportu nemocného do psychiatrického zařízení (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006, s. 81).

2.2 Ústavní péče

Lůžkovou péčí pro vážně duševně nemocné zajišťují v ČR psychiatrické nemocni-ce, psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické kliniky při fakultních nemocnicích. Do komplexní psychiatrické péče patří i lázeňské služby, které jsou poskytovány v období, kdy je psychotické onemocnění v remisi. Převážná část psychiatrické lůžkové péče je rea-lizována ve státních zdravotnických zařízeních. Jejich zřizovatelem je Ministerstvo zdra-votnictví ČR nebo příslušný krajský úřad (Höschel et al., 2002, s. 631).

Nemocniční psychiatrická oddělení jsou zpravidla součástí všeobecných nemocnic, ale mohou být i samostatnými zařízeními. Tato oddělení mají denně zajištěnou 24hodinovou lékařskou službu, laboratorní a další pomocná vyšetření. Jejich součástí je rehabilitace i psychologická laboratoř. Zajišťují také konziliární psychiatrické služby pro jiné medicínské obory (Praško et al., 2011, s. 331). Petr et al. (2014, s. 44) uvádí, že v ČR poskytuje lůžkovou psychiatrickou péči 31 psychiatrických oddělení, ale část z nich není vůbec schopna, vzhledem k nedostatku kvalifikovaného personálu a technickému vybave-ní, akutní péči poskytovat a spíše se jen specializuje na určité diagnostické spektrum paci-entů. Ošetrovací doba je na těchto odděleních v průměru 20 dní.

Speciálním typem jsou psychiatrická oddělení fakultních nemocnic, mají statut kli-niky a jsou součástí lékařské fakulty. Poskytují kromě zdravotnických služeb pregraduální výuku vysokoškolských studentů a postgraduální vědecké studium. Současně se tato pra-coviště zabývají i výzkumnou činností. Slouží jako superkonziliární pracoviště a nabízí psychiatrickou péči ve složitých případech. Na klinikách jsou zřizovány jednotky intenziv-ní péče. Jsou určeny pro nemocné vyžadující intenzivní psychiatrickou a zároveň somatic-

kou péči, nebo pro neklidné psychotické pacienty, kteří ohrožují sebe nebo své okolí (Praško et al., 2011, s. 332).

V regionu, kde není vybudováno příslušné psychiatrické oddělení při nemocnici, zastupují jeho funkci psychiatrické nemocnice. Ty poskytují zejména dlouhodobou léčbu a rehabilitaci duševně nemocných všech věkových kategorií. Příjmová oddělení psychiatrických nemocnic se zabývají diagnostikou, terapií, posudkovou činností, včetně sociální práce. Záběrem své činnosti jsou srovnatelná s provozem psychiatrických oddělení nemocnic, mnohdy je i převyšují. V ČR je 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé pacienty. Průměrná ošetrovací doba zde činí cca 85 dní (Petr et al., 2014, s. 44). Tato pracoviště zabezpečují i výkon ochranné léčby ústavní, která je nařízená soudem. Psychiatrické nemocnice mnohdy suplují roli léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro osoby, které se z různých důvodů nemohou vrátit do svého přirozeného prostředí (Praško et al., 2011, s. 332 - 333).

Na jednotlivých odděleních psychiatrických nemocnic spolupracují psychiatr, psycholog, sociální pracovníce a zdravotní sestry. Rehabilitační aktivity se odehrávají mimo oddělení v dílnách, kde probíhá činnostní terapie. Jde především o aktivizaci pacientů, smysluplné využití volného času, utužování pracovních návyků a zlepšení koncentrace. Sociální službu zajišťují zdravotně - sociální pracovníce, které poskytují sociálně právní poradenství a sociální pomoc (Hoskovcová, 2009, s. 51 - 52).

Hospitalizace v lůžkovém zdravotnickém zařízení slouží k odstranění akutních psychotických příznaků a k nastavení medikamentózní léčby. Vzhledem k tomu, že akutní psychotický stav může vést i k ohrožování nemocného, existuje možnost hospitalizace proti jeho vůli. Mezi omezovací prostředky patří přijetí do psychiatrického zařízení a další léčení bez souhlasu pacienta. Při použití tohoto omezení musí být splněna zákonná podmínka a to, že nemocný trpící duševní poruchou je nebezpečný sobě nebo svému okolí. Nesouhlasí-li nemocný s hospitalizací, přičemž hospitalizace je plně indikována, hlásí tuto skutečnost zdravotnické zařízení do 24 hodin příslušnému soudu. Soud pak nejpozději do 7 dnů rozhodne, zda důvody k přijetí nemocného byly v souladu se zákonnými důvody či nikoliv (Bankovská - Motlová a Španiel, 2013, s. 83).

Lůžkovou psychiatrickou péči dělíme na akutní a následnou. Akutní péče by měla být poskytována na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, následná péče pak v psychiatrických nemocnicích. Vzhledem k nedostatku lůžek na psychiatrických odděle-

ních je realita jiná. Petr et al. (2014, s. 43) konstatují, že v ČR je 80% psychiatrických lůžek v psychiatrických nemocnicích, a proto je velká část akutní péče poskytována právě v těchto zařízeních.

Akutní lůžková péče je zprostředkována bezprostředně po vzniku či zhoršení zdravotního stavu nemocného. Poskytovatelé musí být schopni přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatologií z celého diagnostického spektra oboru psychiatrie. Úkolem akutní lůžkové psychiatrické péče je včasné zabezpečení komplexní diagnostiky, nastavení vhodné léčby a zajištění odpovídající následné péče (Petr et al., 2014, s. 44). Psychiatrická akutní lůžková oddělení jsou určena k poskytování péče, kterou nelze poskytovat ambulantně a zároveň, kdy trvá pobyt na lůžku ve zdravotnickém zařízení minimálně po dobu 24 hodin. Je určena pro krátkodobou až střednědobou hospitalizaci pacientů s akutním psychiatrickým onemocněním nebo s akutní dekompenzací poruchy chronické (Raboch a Wenigová, 2008).

Následná lůžková péče je určena pro pacienty, u kterých byla ukončena diagnostika, nastavena terapie, kdy je zdravotní stav stabilizován do takové míry, že nevyžaduje denní kontrolu lékařem, a těžiště práce je přesunuto do oblasti ošetřovatelství. Přítomné projevy onemocnění přitom neumožňují propuštění pacienta do domácího prostředí nebo do zařízení sociálních služeb. U části chronických psychotických pacientů se lůžková psychiatrie stává druhým domovem. Tito lidé trpí zvýšenou citlivostí ke stresu a zároveň mají nedostatek zvládacích dovedností. Jsou výrazně závislí na instituci, a pokud je jim nedostupná, dochází velmi rychle k dekompenzaci (Praško et al., 2011, s. 357).

U většiny schizofrenních pacientů však dochází po určité době k úpravě zdravotního stavu a jsou z ústavného léčení propuštěni do ambulantní péče. Na propuštění z lůžkového psychiatrického zařízení by měl bezprostředně navazovat systém komunitní péče, jehož snahou je celkové zlepšení pacientovy schopnosti začlenit se do běžných denních aktivit (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006, s. 81).

2.3 Komunitní péče

Pojem „komunitní“ je úzce spjat s výrazem „komunita“, který pochází z latinského *communitas*, což znamená společenství, obec, smysl pro pospolitost či vlídnost. Péče, která je nazývána komunitní, využívá terapeutickou a rehabilitační kapacitu přirozeného spole-

čenství lidí. Komunitní péče je trendem posledních desítek let nejen pro lidi s duševním onemocněním, ale i pro další cílové skupiny. Je opakem péče ústavní, jejímž rysem je dlouhodobější oddělení nemocných od jejich přirozených lidských společenství. Komunitní péče poskytuje široký soubor služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít v přirozených podmínkách tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby (Probstová a Pěč, 2014, s. 184).

Mezi základní principy komunitní péče patří čtyřiašedesátihodinová dostupnost základní pomoci, celková snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb, rychlé předávání odpovídajícím službám, návaznost péče, multidisciplinární spolupráce, možnost výběru služeb, individuální přístup, využití přirozených zdrojů komunity a koordinace služeb (Hoskovcová, 2009, s. 59).

Velká část schizofreniků je schopná fungovat mimo psychiatrická lůžková zařízení a potřebuje komplexní péči. Tato péče je i u nás rozvíjena právě prostřednictvím komunitní psychiatrie. Jde o systém léčby, pomoci a podpory, který umožňuje nemocným žít s psychózou v podmínkách běžného života co nejuspokojivějším způsobem. Tyto specifické komunitní služby zahrnují krizové služby, denní centra a stacionáře, podporu v zaměstnání a trávení volného času. Těchto služeb je bohužel v současných podmínkách v ČR stále velmi málo (Svododa, Češková a Kučerová, 2006, s. 80).

Krizová centra nabízí nemocným neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči, kterou poskytují formou krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, farmakoterapie a také krátkodobého několidenního pobytu na lůžku. V týmu krizového centra jsou zapojeni psychiatři, kliničtí psychologové, zdravotní sestra a sociální pracovníce. Péče těchto center se často zaměřuje na suicidální problematiku, akutní psychotické stavy, ale i na akutní dekompenzace chronických psychických poruch (Probstová a Pěč, 2014, s. 192-193).

Mobilní multidisciplinární krizový tým poskytuje krizovou pomoc přímo v místě rozvoje krizové situace. Tento typ služby umožňuje kontakt s bezprostředním klientovým okolím a značně rozšiřuje zdroje informací a možnosti intervencí. Mobilní služba je zpravidla přivolána pacientovou rodinou, sousedy nebo policií u nemocných, kteří nemají sami náhled na svůj psychický stav a nejsou ochotni nebo schopni dojíti si pro pomoc sami (Hoskovcová, 2009, s. 55).

Přístup, který má napomoci lepší koordinaci poskytování jednotlivých typů služeb, se nazývá případové vedení neboli case management. Případový vedoucí, nejčastěji sociální pracovník nebo psychiatrická sestra, koordinuje péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli podle individuálních potřeb a poskytuje pacientovi podporu přímo v jeho přirozeném prostředí (Probstová a Pěč, 2014, s. 193). V ČR vznikly první pokusy zavést case management v roce 1995 v rámci projektu řízeného Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví, který byl financován z holandského grantu Mantra. V současné době u nás existuje několik týmů poskytující případové vedení, které jsou provozovány nestátními neziskovými organizacemi. Zájem o case management postupně roste. Odborníci považují zavádění případového vedení za jednu z hlavních rozvojových priorit (Stulík, 2009, s. 145).

Typem případového vedení je tzv. asertivní komunitní léčba, kde funguje speciální multiprofesní tým složený z psychiatrických sester, sociálních pracovníků, ergoterapeutů, psychologů a psychiatrů. Asertivní tým získává podnět k zahájení své činnosti ze strany ambulance, obce nebo policie. Mezi charakteristické znaky asertivní komunitní péče patří především to, že na péči o pacienta se podílí celý tým, existuje poměrně vysoká četnost kontaktů s pacientem, kdy na jednoho pracovníka připadá zhruba 10 - 12 osob. Pomoc týmu je nepřetržitá. Důležitým znakem této léčby je asertivní vyhledávání nemocných v jejich prostředí. Služba je indikována pro pacienty s vysokým rizikem hospitalizace. Dále je služba potřebná pro ty, kteří obtížně spolupracují s tradičními službami a pro pacienty, kteří vlivem své nemoci vypadávají ze služeb, nedostavují se k ambulantnímu ošetřování a neužívají předepsanou medikaci, což vede k častým rehospitalizacím a k rozvoji potíží v sociální oblasti (Probstová a Pěč, 2014, s. 194 - 196).

Komunitní psychiatrické sestry poskytují péči na specializovaném pracovišti i v přirozeném prostředí pacientů. Poskytují případové vedení, individuální rehabilitaci a krizovou intervenci. Součástí jejich péče je posouzení zdravotního stavu, zpracování rehabilitačního i krizového plánu, týmové konzultace případu, podpora užívání medikace, postupy na zvládání stresu či krize, trénink komunikačních dovedností, péče o somatický stav a psychoedukace nemocného i jeho rodiny. Komunitní psychiatrická sestra v roli případového vedoucího koordinuje další potřebné služby pro pacienta a tím zlepšuje spolupráci lůžkových, ambulantních i intermediálních služeb (Raboch a Wenigová, 2008).

Mezičlánek mezi ambulantní a ústavní psychiatrickou péčí tvoří denní stacionáře. Jde o moderní zařízení, která slouží pro denní pobyt pacientů s psychózou. Jejich úkolem

je poskytovat léčebnou a rehabilitační péči (Praško et al., 2011, s. 328). Denní stacionáře slouží jako alternativa či pokračování hospitalizace se zaměřením na léčbu akutních či semiakutních stavů, dále jako alternativa či rozšíření ambulantní léčby s důrazem na psycho-terapeutický program nebo jako dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné pacienty (Probstová a Pěč, 2014, s. 191).

Některé denní stacionáře pořádají programy nejen pro nemocné, ale také pro jejich příbuzné. Mají podobu převážně vzdělávací, jejich cílem je zlepšit informovanost o psychóze a zabránit tak častým nepochopením a omylům plynoucím z nedostatku informací (Hoskovcová, 2009, s. 58). Specifické programy stacionářů se využívají i jako příprava na zařazení do programů psychiatrické rehabilitace.

Od komunitních služeb se očekává zajištění optimálního chráněného prostředí. Model intenzivní individuální komunitní péče vychází ze zásady zachování kontinuity psychiatrické lékařské péče a sociálních služeb. Systém komunitní péče je vhodným uspořádáním pro poskytování psychiatrické rehabilitace (Bankovská - Motlová a Španiel, 2013, s. 88). Tato rehabilitace byla vázána až do 60. let minulého století převážně na péči velkých psychiatrických léčen. Od té doby se začala prolínat s rozvojem komunitní péče a deinstitucionalizace. Raboch a Wenigová (2008) zařazují tuto pomoc do mezirezortních služeb. Dnes je z velké části poskytována nestátními neziskovými organizacemi.

Psychiatrická rehabilitace má pomoci osobám s psychiatrickým handicapem k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat, aby byli úspěšní a spokojení ve svém životním prostředí s co nejmenší mírou trvalé podpory (Anthony et al., 2002, s. 101). Psychiatrická rehabilitace je zaměřena především na pacienty se závažným, dlouhodobým nebo chronickým duševním onemocněním. Do této skupiny patří osoby s psychotickým onemocněním, jehož průběh má střednědobý až dlouhodobý charakter a v důsledku této nemoci již došlo k výraznému narušení psychických, sociálních i pracovních schopností a rolí, nebo toto nebezpečí hrozí (Pěč a Probstová, 2009, s. 94 - 97). Psychiatrická rehabilitace si v jednotlivých úrovních potřeb postupně vytvořila specifické postupy. Pomoc je cílena především na oblast práce, bydlení, vzdělávání a trávení volného času.

Pracovní rehabilitace je podporou nejen k výběru, získání a udržení vhodného zaměstnání, ale je i přípravou a příležitostí pro rozvoj pracovních kompetencí. Mezi jednotlivé druhy pracovní rehabilitace patří dobrovolná práce, chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Chráněné pracovní dílny byly často kritizová-

ny pro vytváření závislosti pacientů na podpurném prostředí a pro malou účinnost v přípravě pro otevřený trh. Pro určitou část schizofrenních pacientů však zůstávají tyto dílny důležitou možností (Tomáš a Marková, 2014, s. 133). Asistenti přechodného zaměstnávání na pracovních místech nejprve sami pracují, testují je a poté nemocného zaučují. Po určité dobu pracují společně, později asistent poskytuje pouze podporu. Podporované zaměstnávání probíhá formou placené práce v běžných podmínkách za podpory konzultanta. Cílem je, aby se nemocný co nejvíce zapojil na běžném trhu práce (Pěč a Probstová, 2009, s. 120).

Psychiatrická rehabilitace v oblasti bydlení má lidem s psychiatrickým onemocněním umožnit samostatně a nezávisle bydlet, zlepšit své dovednosti, sebedůvěru a pomoci vytvořit stálý domov (Probstová a Pěč, 2014, s. 199). Jde o systematickou asistovanou službu, kdy se pacient učí pečovat o domácnost, organizovat si volný čas, hospodařit s penězi a udržovat kontakt s vnějším prostředím (Hoskovcová, 2009, s. 62). Existuje model tzv. lineárního kontinua návazných zařízení, který se skládá z chráněného bydlení s různou intenzitou pomoci a domy či byty na půli cesty. Na konci 80. let vznikl další nový přístup - podporované bydlení, kdy je péče nemocnému poskytována přímo ve vlastním bydlení (Probstová a Pěč, 2014, s. 199).

Začátek schizofrenního onemocnění nezřídka spadá do období vzdělávání, a tak se pacientům často nepodaří vzdělání dokončit. Proto v rámci psychiatrické rehabilitace existuje podporované vzdělávání. Vzdělávací aktivity jsou zaměřeny především na rozvoj kognitivních funkcí, studijních a sociálních dovedností. Řadí se zde kurzy cizích jazyků, počítačové kurzy a jiné. Tyto aktivity jsou určeny pro nemocné jedince, kteří se sami chtějí naučit něco nového nebo si chtějí obnovit či rozvinout své dosavadní znalosti (Hoskovcová, 2009, s. 65).

S příchodem schizofrenie se často hroutí sociální role pacienta a jeho sociální síť se omezuje. Pro nemoc lidé nezřídka ztrácejí původní zázemí. Cílovou skupinou rehabilitace v oblasti sociálních kontaktů jsou právě schizofrenní pacienti, kteří mají v důsledku onemocnění snížené sociální dovednosti a schopnost komunikace, nemají dostatečné nebo funkční sociální zázemí a potřebují na cestě k uzdravě pomoc. Náplní těchto programů je nácvik sociálních rolí, podpora v růstu sebeúcty, obnova komunikace s vnějším světem, zvládání stresu a podpora soběstačnosti a nezávislosti (Pěč a Probstová, 2009, s. 128).

Zařízení zaměřující se na rehabilitaci a resocializaci psychotických pacientů poskytují i volnočasové aktivity. Nabídkou svých programů napomáhají naplňovat nemocným volný čas, přičemž veškeré jejich aktivity usilují o zvýšení kvality jejich života. Především jde o denní stacionáře, komunitní centra nebo centra denních aktivit, které pro pacienty pořádají různé sportovní aktivity, výlety, výtvarné aktivity a různé typy pobytů (Hoskovicová, 2009, s. 65).

Za posledních 20 let u nás došlo k určitému rozvoji komunitních forem psychiatrické péče, přesto jsou velmi málo systémově zapojené do služeb o duševně nemocné a netvoří propojený celek s ambulantními, lůžkovými i dalšími sociálními službami. Služby psychiatrické rehabilitace, které mají povahu přechodu mezi zdravotní a sociální péčí, jsou u nás stále zařazeny do rezortu sociálních služeb. Legislativa a odlišný způsob řízení mezi rezortem sociálním a zdravotním stále více prohlubují propast mezi zdravotnickou a sociální částí komunitní péče (Probstová a Pěč, 2014, s. 201).

Praško et al. (2011, s. 13) konstatují, že se léta v ČR nedaří najít způsob, jak spravedlivě financovat vzájemně se prolínající služby. Dle autora je potřeba podpořit spolupráci mezi zdravotní a sociální složkou, vymezit, co kam patří a co je odkud financováno. V české psychiatrii velmi výrazným způsobem převažuje biologický přístup k vážně duševně nemocným a jejich léčbě. Nedostatečná je péče o psychosociální aspekty nemoci a její sociální dopad.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI SE SCHIZOFRENIÍ

Hlavním úkolem sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Jde o pomoc potřebným vyrovnat se s problémy, které nelze změnit, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je to možné. Sociální práce vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách a tím, co chce klient. Cílem je rozvíjení tohoto dialogu ke vzájemné spolupráci (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 9).

Matoušek et al. (2012, s. 10) popisují sociální práci jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti. Cílem sociální práce je dle autora odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální pracovníci tak pomáhají potřebným lidem dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo jim pomáhají tuto způsobilost navrátit zpět. Současně se snaží pro jejich uplatnění vytvářet příznivé společenské podmínky. U osob, které se již společensky uplatnit nemohou, podporují co nejdůstojnější způsob života.

Sociální práce má v České republice poměrně dlouholetou tradici a v oboru psychiatrie má stále větší význam. V dřívější koncepci dominovalo především zjišťování a zajišťování nárokových finančních požitků pacientů a zprostředkování jejich umístění do ústavů sociální péče. Tímto způsobem byla nemocným zajišťována základní sociální stabilita. Dnešní koncepce sociální práce klade důraz na poskytování služeb pacientům, které by jim umožnily žít ve svém přirozeném prostředí (Höschl, Libiger a Švestka, 2002, s. 635).

Dlouhodobé onemocnění sebou vždy přináší nemalé množství problémů. V případě vážného duševního onemocnění je problematika o to komplikovanější, protože se jedná zpravidla o člověka v produktivním věku, vykojeného ze svého zaběhnutého způsobu života. Takový člověk má určité závazky a povinnosti, které ale náhle není schopen plnit jako dříve. Schizofrenie zasahuje do všech částí života nemocného, což se odráží v rozsáhlosti sociální i právní problematiky s tím související (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 59).

Na rozvoji schizofrenie se podílí řada různých faktorů, které se vzájemně ovlivňují. Tomu musí odpovídat i léčebné postupy, které ovlivňují biologickou, psychologickou i sociální stránku. Nejvýhodnější cestou pro optimální dosažení komplexní péče je spolu-

práce v multiprofesionálním týmu, v němž je svou odbornou specializací nezastupitelný mimo jiné i sociální pracovník (Probstová a Pěč, 2014, s. 54). Více k profesi sociálního pracovníka v další kapitole.

3.1 Specifika sociální práce se schizofreniky

Sociální pracovník pracující v oblasti péče o duševní zdraví ke své práci potřebuje znát a umět rozlišovat nejdůležitější příznaky duševních poruch, provádět základní diagnostické úvahy, mapovat sociální síť, vliv sociálních faktorů, spolupracovat a komunikovat s ostatními odborníky v oblasti psychiatrické péče, komunikovat s nemocnými i jejich rodinnými příslušníky, plánovat, provádět a vyhodnocovat efektivitu intervencí (Probstová a Pěč, 2014, s. 17).

S duševně nemocnými lidmi pracuje sociální pracovník nejčastěji v psychiatrických nemocnicích, na psychiatrických odděleních nemocnic a na univerzitních klinikách. Jeho náplní jsou různé úkoly týkající se sociálního zabezpečení pacientů, jednání v oblasti omezení svéprávnosti a zajišťování následné péče. V rámci komunitní péče mají své místo i v krizových centrech, stacionářích, v centrech denních aktivit, v chráněném bydlení i mobilních krizových týmech (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 135).

Nejvíce sociálních pracovníků je zapojeno v různých formách psychiatrické rehabilitace, v případovém vedení duševně nemocných nebo v sociálních poradnách. S duševně nemocnými pracují sociální pracovníci i na úřadech a v zařízeních sociálních služeb, převážně v domovech se zvláštním režimem (Probstová a Pěč, 2014, s. 203).

Sociální pracovník poskytuje nemocným dostatek informací a kontaktů v souvislosti s aktuální situací, vysvětluje systém zdravotní a sociální péče a poskytuje informace o možnostech pomoci. V rámci socioterapeutického přístupu podporuje zdravé chování a postoje nemocného, dodává mu kompetence a rozvíjí jeho sociální dovednosti, uplatňuje metody individuální a skupinové sociální práce (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 62).

Přístup sociálních pracovníků k lidem s psychotickým onemocněním by měl obecně respektovat několik specifických skutečností. Důležitá je podpora nedostatečně rozvinutých kapacit zvládat běžné životní nároky vlastními silami. Sociální pracovníci neposkytují podporu jen přímými intervencemi, ale také nasměrováním k různým zdrojům pomoci ve

vztahu k rodině, přátelům, sociálnímu zabezpečení a zdravotním službám. Důležité je i poznání prostředí pacienta a podpora v něm (Probstová a Pěč, 2014, s. 57).

Probstová a Pěč (2014, s. 18) konstatují, že role sociálního pracovníka je při práci s lidmi s duševním onemocněním naprosto nezastupitelná. Na rozdíl od ostatních profesních skupin v ČR chybí možnost systematického pregraduálního a postgraduálního vzdělávání i další specializační přípravy, které by jim pomáhaly zvládat náročné úkoly a daly by sociálním pracovníkům i odpovídající status pro práci s touto cílovou skupinou.

V roce 1995 byly v České republice Společností sociálních pracovníků formulovány etické normy v práci sociálního pracovníka. Tyto normy zabezpečují žádoucím způsobem profesionální chování zejména s ohledem na náročné, nejednoznačné a konfliktní situace (Hronová, 2008, s. 48). Tento kodex jednoznačně stanoví etické zásady sociální práce, která je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Ukládá povinnost pomáhat se stejným úsilím bez sebemenší diskriminace všem klientům. Chrání klientovo právo na soukromí i důvěrnost a respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob (Höschl, Libiger a Švestka, 2002, s. 635).

3.2 Komunikace a vztah s nemocným

Sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním je složitá a klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístup. Důležitá je orientace v základní psychopatologii a je nutné brát ji při jednání s takto psychicky nemocnými v úvahu. Mahrová a Venglářová (2008, s. 126) uvádí, že velmi dobře se osvědčuje, když se k nemocným chováme přirozeně, s respektem a se zájmem. Pokud nemocný cítí, že o něj máme zájem, a že nasloucháme jeho názorům a vnímáme jeho prožívání, málokdy uděláme chybu.

Naslouchání a nedirektivní rozhovor patří k základním psychoterapeutickým postupům. Naslouchání znamená poslouchat nemocného se vší vážností. V nedirektivním rozhovoru pacientovi dáváme příležitost se projevit podle své vůle. Šimek (2008, s. 174) uvádí, že těmito postupy lze vytvořit stálé, tolerantní prostředí, ve kterém se nemocný ochotně svěřuje, protože ví, že bude pozorně vyslechnut bez rizika jednostranné argumentace a nátlaku sociálního pracovníka.

Navázání kvalitního vztahu mezi sociálním pracovníkem a nemocným je důležitým předpokladem dobrého výsledku sociální práce. Vytvoření důvěry je komplikovanější u pacientů, kteří jsou podezřívaví, nedůvěřiví, pasivní či nemotivovaní. Dále může nastat problém u nemocných, kteří nemají náhled na svou nemoc, odmítají léčbu i pomoc v sociální oblasti. Na tyto osoby se zaměřují asertivní vyhledávací týmy, které je opakovaně kontaktují. Při odmítnutí zanechávají zprávy s nabídkou kontaktu a pomoci. Probstová a Pěč (2014, s. 58) konstatují, že někdy dochází k prolomení nedůvěry až po opakovaném pokusu.

V komunikaci s pacientem s psychózou je důležité přizpůsobit se jeho možnostem a projevům. Jinak jednáme s nemocným, který je stabilizovaný, jinak s pacientem, který je v akutní fázi nemoci či je u něj již přítomný postpsychotický defekt osobnosti (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 126 - 127).

Místem, kde dochází k setkávání nemocného se sociálním pracovníkem, by mělo být vždy bezpečné a nerušené. Je zapotřebí dodržovat i určité časové hranice setkání. Pro některé pacienty může být špatně únosné, pokud sezení trvají déle jak 30 minut nebo pokud je frekvence setkávání častější než jednou týdně. Někdy se klient potřebuje stáhnout z kontaktu, sociální pracovník by měl tuto potřebu akceptovat a udržovat kontakt jen telefonicky či e-mailem (Probstová a Pěč, 2014, s. 58 - 59).

Sociální pracovník by měl být ve vztahu s pacientem otevřený a autentický. Probstová a Pěč (2014, s. 59) potvrzují, že neosobní vztah podporuje úzkost a zužuje prožívání nemocného. Odborník může například vyjádřit sdílení společných zájmů nebo vyjadřovat projevy porozumění pro pacientovy prožitky. Na druhé straně by si měl stále uvědomovat svou profesionální roli a svůj úkol. Hranice mezi autentičností a profesionalitou je tedy velmi citlivá.

Projevy lidí s psychotickým onemocněním mohou být velmi pestré. Navázat s nimi kontakt může být někdy problematické, mohou být nedůvěřiví a vztahovační. Naopak mohou kontakt navazovat přehnaně ochotně, zahrnovat nás proudem slov, ve kterém je někdy obtížné se orientovat. Častým projevem bývá fixace na některé věty, situace, problémy, které nemocný stále opakuje (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 128).

Jedinec, který onemocněl schizofrenií, zpravidla obtížně zvládá rozptýlenou pozornost či rozvolnění myšlenkových procesů spojené se zvýšenou úzkostí v nezvyklé situaci rozhovoru se sociálním pracovníkem. Proto je při zahájení rozhovoru vhodné používat tzv.

orientování. Cílem je seznámit nemocného s účelem rozhovoru, tématem, délkou trvání, rolí účastníků rozhovoru a jeho postupem tak, abychom vytvořili vnější sdílenou strukturu rozhovoru a snížili pacientovu úzkost. Nemocný se může během rozhovoru odchylovat od tématu. Úkolem sociálního pracovníka je vrátit rozhovor zpět k hlavnímu tématu, někdy pomohou i shrnutí všeho, co doposud v dialogu proběhlo (Probstová a Pěč, 2014, s. 60).

Obsah komunikace může být ovlivněn narušeným vnímáním a prožíváním reality, kdy se pacient cítí nepříjemně, prožívá velkou úzkost, strach a napětí. Při sociální práci je potřeba brát v úvahu také mnohdy sníženou vůli nemocného řešit různé životní situace. Jsou u něj někdy omezeny i běžné činnosti, jako je péče o sebe, strava a hygiena (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 128).

Při rozhovoru zpravidla požadujeme informace, proto se ptáme na fakta, názory i pocity nemocného. K tomu je vhodné využívat otevřené otázky a vyhýbat se otázkám sugestivním nebo uzavřeným. Otevřené otázky nám poskytnou více informací o tom, co si duševně nemocný myslí nebo co cítí. Zvnitřnělá stigmatizace, pocity bezvýchodnosti a vlastní neschopnosti jsou u schizofrenních pacientů poměrně častým obsahem vnímání sebe sama. Zraněné sebevědomí je velmi dobré posilovat pozitivními komentáři, které však musí být pravdivé. Nerealistické nadhodnocení schopností může zhoršit přizpůsobení realitě (Probstová a Pěč, 2014, s. 61).

Velmi důležité je snažit se respektovat pohled pacienta, i když se zdá nesprávný nebo neproduktivní. Pohled nemocného může být ovlivněn psychotickými příznaky nebo popřením svých vlastních překážek či nedostatků. Je třeba uznat i tento pohled a opatrně konfrontovat nemocného s reálnými překážkami a dalšími kroky pro dosažení jeho cíle. Vážně duševně nemocní lidé mají někdy značné problémy s rozhodováním, proto žádají o radu. Sociální pracovník by se měl však udílení rad vyhnout. Pokud se efekt rady nedostaví, může dojít k obvinění a navíc přijetím rady nemocný ztrácí svou autonomii, a tím i možnost zvýšit si své sebevědomí (Probstová a Pěč, 2014, s. 62).

3.3 Potřeby schizofreniků a překážky v jejich naplnění

Potřeby nemocných lidí mají svou specifickou podobu v závislosti na druhu nemoci, jejím stupni závažnosti i na typu osobnosti. Prožívání potřeb osob s psychotickým onemocněním má svou dynamiku, která je závislá na okamžité situaci a může se v průběhu

různých období nemoci významným způsobem měnit (Praško et al. 2011, s. 361). Potřeby vážně duševně nemocných a na ně reagující intervence lze dle Probstové (2005, s. 147) rozdělit do okruhů, které mají být definovány etapou klientova života, jeho funkční kapacitou a potenciálem rozvoje.

Jednou z nejdůležitějších potřeb schizofrenních pacientů je podpora. Z výzkumů je zřejmé, že potřeby péče a podpory duševně nemocných jsou rozmanité. Weeghel (2009, s. 17) uvádí, že nejdůležitější je zjistit, jaké potřeby zůstávají zpravidla nenaplněny, protože čím je počet nenaplněných potřeb podpory nemocných lidí větší, tím více pociťují nižší kvalitu života.

Kroon (2003) rozčleňuje nenaplněné potřeby osob s psychickou poruchou do čtyř skupin. Do první skupiny řadí podporu při zvládnání handicapu a jeho psychické důsledky, do druhé skupiny zařazuje pomoc při osobním úsilí o zotavení, kde patří nalezení životních plánů, očekávání, získání sebedůvěry a postarání se o sebe sama. K další nenaplněné potřebě autor přidává podporu při budování a udržování sociálních kontaktů a vztahů, potřebu akceptace a integrace. Poslední skupinou potřeb je podpora při nacházení a udržování práce, bydlení, vzdělávání či jiného denního programu.

Mladí lidé, do jejichž života vstoupilo schizofrenní onemocnění, jsou na začátku produktivního života, kdy je čeká studium, práce, hledání životního partnera, budování vlastní sociální sítě a hledání svých cílů. V tomto období je komplexní péče včetně podpory v bydlení rozhodujícím momentem. Duševně nemocní žijící doma, u kterých nemoc již výrazně ovlivnila jejich funkční kapacitu, včetně pracovního potenciálu, se mohou cítit izolovaně. Podpora u nich by měla být zaměřena především na nácvik a obnovení sociálních dovedností, na rozšiřování sociální sítě, na dovednosti a podporu z okolí, potřebnou k zvládnání zátěžových a krizových situací. Nezbytné je i napojení na další sociální a zdravotní služby.

Duševně nemocní, kteří ztratili zázemí, nebo jejich rodinná situace a prostředí je nevyhovující, bývají dlouhodobě hospitalizováni. Tito jedinci mohou mít problémy s péčí o sebe, protože ztratili dovednosti potřebné k samostatnému fungování a z důvodu hospitalismu je u nich prohloubena závislost na zdravotně-sociálním systému. Proto potřebují komplexní podporu ve formě chráněného skupinového či individuálního bydlení, které by mělo mít dlouhodobý charakter (Probstová, 2005, s. 148).

Akutní projevy duševního onemocnění nepředstavují pro běžné fungování schizofreniků takové problémy, jako trvalejší změny psychiky, které mohou vyústit v částečnou či úplnou ztrátu pracovní schopnosti. Probstová (2005, s. 148) konstatuje, že přiznání invalidity je pro některé jedince stigmatem. Vhodnou variantou je zařazení nemocných do pracovních rehabilitačních programů. Pracovní rehabilitace je zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností. Může probíhat v chráněných dílnách, v rámci přechodného zaměstnávání a podporovaného zaměstnávání.

Michon a Weeghel (2005, s. 32) hovoří o překážkách v pracovní integraci a dělí je na vnitřní a vnější. K vnějším překážkám řadí nezaměstnanost, firemní pravidla, neodpovídající pracovní podmínky a špatnou integrační politiku. V osobní rovině představují bariéru faktory především kvalifikační, psychická omezení, sociální fungování, pracovní dovednosti a sebedůvěra.

I duševně nemocní lidé mají různé zájmy a představy o trávení volného času. Probstová (2005, s. 148) uvádí, že v naplnění svých představ mohou nemocným bránit různé překážky. Mezi vnější bariéry autorka řadí finanční náročnost, nedosažitelnost, odmítání duševně nemocných okolím či strach z nich. K vnitřním překážkám zařadila nedostatek dovedností, strach z nové situace, nadměrnou zátěž, nápadnost v chování, potíže v komunikaci, příznaky onemocnění, vedlejší účinky léků a nízkou sebedůvěru.

Z Kroonova výzkumu (2003) vyplývá, že mnoho lidí s psychickým onemocněním pociťuje nedostatek zájmu o svoji osobu, a to jak ze strany profesionálů, tak od jiných lidí. Dlouhodobě duševně nemocní lidé žijí často izolovaně a síť jejich sociálních kontaktů je velmi malá. Z odborné literatury vyplývá, že život se schizofrenií není jednoduchý. Neuspokojení potřeb v důsledku nemoci s sebou přináší velké množství problémů. Na konkrétní sociální problémy, se kterými se potýkají muži v produktivním věku, se zaměřím v empirické části.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

Předsudky vůči schizofrenikům i v dnešní době stále přetrvávají. Veřejnost je o této nemoci a jejich sociálních omezeních nedostatečně informována, proto je často zaskočena neobvyklými projevy chování takto vážně duševně nemocných lidí. Schizofrenici jsou díky nevědomosti velmi často stigmatizováni a odsouváni na okraj společnosti.

Po propuknutí schizofrenie se kvalita života nemocných i jejich nejbližších rodinných příslušníků mění zásadním způsobem. Tato nemoc přináší velké množství sociálních problémů. Pro hlubší pochopení celé problematiky je nutné pátrat po konkrétních problémech i po příčinách sociálních dopadů tohoto závažného duševního onemocnění.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavní cíl:

V diplomové práci se chci zaměřit především na to, **co přináší schizofrenní onemocnění mužům v produktivním věku, s čím se nejčastěji potýkají a co jim způsobuje největší problémy v sociální oblasti.**

Dílčí cíle:

- zjistit, jaké jsou konkrétní sociální problémy mužů v produktivním věku se schizofrenií,
- zjistit, z jakých důvodů dochází k závažným sociálním problémům u mužů v produktivním věku, kteří onemocněli schizofrenií.

4.2 Vymezení výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka:

Jakým způsobem se schizofrenie promítá do každodenního života mužů v produktivním věku?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké jsou hlavní sociální problémy mužů v produktivním věku, kteří onemocněli schizofrenií?
2. Proč dochází k závažným sociálním problémům u mužů v produktivním věku, kteří onemocněli schizofrenií?

4.3 Výzkumné pojetí

Vzhledem k tomu, že se zaměřuji na sociální problematiku mužů, kteří onemocněli schizofrenií, a chci zmapovat jejich konkrétní sociální problémy a důvody, pro které k těmto nepříznivým situacím dochází, volím formu kvalitativního výzkumu. Právě ten mi umožňuje hlubší porozumění zkoumaného jevu. Kvalitativní výzkum se týká života lidí a jejich příběhů zaměřených na odhalování elementárních složek, zjišťování spojitostí a závislostí, které mezi nimi jsou. Kvalitativní přístup umožňuje poznání problému v širším kontextu.

4.4 Výzkumný soubor

V kvalitativním výzkumu nelze spoléhat na náhodný výběr. Proto jsem použila záměrnou volbu, která je nezbytná k tomu, aby měly jednotlivé vybrané objekty vlastnosti, které chci cíleně sledovat nebo požadovaná kritéria, která jsou žádoucí pro uskutečňovaný výzkum. Zvolený účelový výběr je v kvalitativním výzkumu nejrozšířenější.

Pro tento výzkum jsem vybrala 10 mužů, kterým byla diagnostikována schizofrenie. Všichni muži jsou v produktivním věku, jde tedy o jedince od 15 do 60/65 let. Vybraní muži jsou aktuálně hospitalizovaní ve zdravotnickém lůžkovém psychiatrickém zařízení. Pro přehlednější orientaci uvádím následující tabulku č. 1 se základními informacemi.

Tabulka č. 1 - základní informace o nemocných

číslo kazuistiky	věk	stav	příjem	svéprávnost
K1	53	svobodný	ID/III. st.	neomezen
K2	53	rozvedený	ID/III. st.	neomezen
K3	43	svobodný	ID/III. st.	omezen
K4	36	svobodný	ID/III. st.	neomezen
K5	35	svobodný	ID/III. st.	neomezen
K6	49	ovdovělý	ID/III. st. + nem. dávky	omezen
K7	44	svobodný	ID/III. st. + PnB	neomezen
K8	43	rozvedený	PnŽ + PnB	neomezen
K9	50	svobodný	ID/III. st.	neomezen
K10	30	svobodný	ID/III. st.	neomezen

4.5 Výzkumné techniky

Pro realizaci výzkumného šetření jsem zvolila případovou studii. Jde o metodu vědeckého poznávání reality, která využívá více vědeckých metod. Výzkum budu realizovat šetřením u 10 mužů se schizofrenním onemocněním.

Jednotlivé kazuistiky doplňuji informacemi z otevřených rozhovorů s pacienty, s blízkými příbuznými schizofrenních pacientů a zároveň se sociálními pracovníky, kteří těmto duševně nemocným pomáhají při zvládnání obtížných sociálních situací. Dále jsem informace získala ze zdravotní dokumentace, sociálních záznamů sociálních pracovníků a z psychologických vyšetření.

4.6 Způsob zpracování dat

Získané informace jsou zpracovány v jednotlivých kazuistikách, kterými chci přiblížit osobní příběhy 10 mužů v produktivním věku s diagnózou schizofrenie.

V kazuistice jde o způsob práce s jednotlivým případem, kdy jsem si přehledně uspořádala všechna fakta, která mi byla o případu známa, vzájemně jsem je porovnávala a následně je analyzovala. Analýza dat probíhala od jednotlivého k obecnému. Kazuistiky jsem analyzovala formou axiálního kódování.

Hendl (2016, s. 252 - 254) uvádí, že v průběhu axiálního kódování zvažujeme příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy, a tak vytváříme osy, které propojují jednotlivé kategorie. Axiální kódování stimuluje uvažování o propojení mezi koncepty a tématy.

Použitím uvedené metody lze postihnout určité souvislosti, které nejsou na první pohled zřejmé, a tím mi bylo umožněno pochopení zvolené sociální problematiky do hloubky.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Po sepsání všech 10 kazuistik jsem si uvědomila, že schizofrenici se velmi často potýkají s nepřeberným množstvím sociálních problémů, počínaje nepochopením ve školách, odmítáním na trhu práce, neuspokojivou finanční i bytovou situací, problémy s chováním, selháváním v přátelských a partnerských vztazích. Cíleně jsem se rozhodla vybrat právě tyto oblasti a sestavit z nich 5 kategorií, kterými se budu v následujících kapitolách podrobněji zabývat.

5.1 Analýza finančního zabezpečení

Pan Jiří (K1) je od 22 let v plném invalidním důchodu. Pokud mu to zdravotní stav dovolil, přivydělával si k důchodu příležitostnými brigádami. V době, kdy žil s matkou ve společné domácnosti, finanční problémy neměl. Z prodeje bytu po matce mu náležela poměrná část v hodnotě 193 000,- Kč. Tyto finanční prostředky vyčerpal během 3 let, kdy bydlel po podnájmech. Aktuálně má pacient přiznán invaliditu 3. stupně ve výši 7 750,- Kč. Dluh městskému úřadu za přestupek v celkové částce 14 820,- Kč splácí měsíčně pravidelnou platbou ve výši 850,- Kč, zbývá mu doplatit 5 317,- Kč.

Pan Aleš (K2) je invalidním důchodcem od 34 let. Do úmrtí matky společně hospodařili v 3 pokojovém bytě. Aktuálně je invalidní ve 3. stupni, výše jeho důchodu činí 6 920,- Kč. Je to jeho jediný příjem, dluhy nemá, matka vše pečlivě platila. Pan Aleš (K2) se již do bytu vrátit nechce, proto bratr navrhuje, až doběhne dědické řízení, prodej bytu. Z dědictví po matce chce koupit garsonku pro pana Aleše v místě svého bydliště. V případě umístění peníze z dědictví použijí k dlouhodobé úhradě za pobyt v domově se zvláštním režimem.

V 24 letech prohrál na automatech pan Dušan (K3) přes půl miliónu korun, šlo o dědictví po babičce. Od svých 25 let je invalidním důchodcem ve 3. stupni invalidity. Vzhledem k tomu, že v ČR nikdy nebyl zaměstnán v pracovním poměru a do doby pojištění mu byla započítána pouze doba studia, je aktuální výše jeho invalidního důchodu 4 880,- Kč. Na návrh matky byl omezen ve svéprávnosti na finance. Dle rozhodnutí okresního soudu není schopen nakládat s finančními prostředky převyšujícími výplatu jeho

invalidního důchodu a nakládat s majetkem a majetkovými právy, jež svou hodnotu tuto částku převyšují. Výživné na svou nezletilou dceru musí platit ve výši 500,- Kč měsíčně. Navíc dlouhodobě každý měsíc splácí 450,- Kč dluh na zdravotním pojištění, který mu vznikl v době, kdy pracoval brigádně v zahraničí, nutno ještě doplatit 42 700,- Kč. V době hospitalizace od matky - opatrovnice dostává kapesné na týden v hodnotě 500,- Kč.

Pan Pavel (K4) byl dlouhodobě bez financí. Po dobu 6 let byl jediným příjmem 3 členné rodiny invalidní důchod jeho matky v částce 7 690,- Kč. V 34 letech bylo v době hospitalizace požádáno o invalidní důchod. Ten mu byl ČSSZ přiznán v částce 7 120,- Kč a to se zpětnou platností, kdy mu byly vyplaceny platby dodatečně za 6 měsíců v částce 42 720,- Kč. Za dobu, kdy nepracoval a nebyl v evidenci úřadu práce, mu vznikl dluh na zdravotním pojištění. Díky půlročnímu zpětnému uznání invalidity byl panu Pavlovi (K4) odečten nedoplatek za toto období, proto zbývající dluh vyčíslen na částku 60 050,- Kč. Částka 40 000,- Kč byla zaplacená jednorázově ze zpětně vyplaceného důchodu, na zbylou částku 20 050,- Kč byl domluven splátkový kalendář, měsíční splátky ve výši 1 800,- Kč.

Po propuštění z posledního zaměstnání byl pan Marek (K5) vyplácen dávkou hmotné nouze příspěvkem na živobytí ve výši 3 410,- Kč. Doplatek na bydlení nepřiznán z důvodu nedoložení nájemní smlouvy. Dva měsíce před hospitalizací vyřazen z evidence úřadu práce pro nesoučinnost, a proto následně zcela bez finančních prostředků. Vzhledem k velmi nízkým příjmům ze zaměstnání byl panu Markovi (K5) přiznán v 33 letech invalidní důchod pouze v částce 3 790,- Kč. Finanční situaci si vylepšoval sběrem ovoce a následným prodejem ve sběrně.

Pan Milan (K6) je plně invalidní od 18 let. Od té doby zaměstnán v chráněném prostředí družstva invalidů. Po dobu 2 let výplata invalidního důchodu pozastavena pro překročení v té době zákonem stanoveného limitu pro přivydělání. Později výplata důchodu opět ČSSZ přiznána. Hrou na automatech panu Milanovi (K6) vznikl dluh v částce 340 000,- Kč. Na splácení hypotéky a vzniklého dluhu příjmy obou manželů nestačily, proto je nyní dům v exekuci. Při aktuální hospitalizaci požádáno o zvýšení stupně invalidity, později přiznán invalidní důchod v částce 8 950,- Kč. Současně vypláceny dávky nemocenského pojištění. Dvě třetiny dluhu zaplatily dcery, navíc dcera - opatrovnice vyřídila přijatelné podmínky ke splácení zbytku dluhu, chybí doplatit 121 050,- Kč, splátky stanoveny na 2 950,- Kč měsíčně.

Protože si pan Přemysl (K7) platil v době, kdy byl veden jako osoba samostatně výdělečně činná minimální zálohy, v 35 letech přiznán invalidní důchod 3. stupně pouze v částce 4 880,- Kč, státní sociální podporou doplácen příspěvkem na bydlení. Na opravu domku si vzal neuváženě půjčky u dvou nebankovních společností v hodnotě 160 000,-Kč, aktuální nedoplatek činí 52 000,- Kč, splátky domluveny na 1 550,- Kč měsíčně. Po skoku z okna došlo k výraznému zhoršení hybnosti obou jeho dolních končetin, proto požádáno o příspěvek na péči a mobilitu. Rodina zvažuje podání podnětu na posouzení svéprávnosti.

Pan Libor (K8) měl po rozvodu dceru ve své péči, bývalá manželka platila výživné velmi nepravidelně, navíc převážně zaměstnán jen brigádně s minimálním příjmem, proto finanční situace velmi neutěšená. Po vyřazení z evidence úřadu práce jeden a půl roku zcela bez finančních prostředků, kdy oba finančně podporovala pacientova matka ze svého příjmu. V 32 letech, v době 2. hospitalizace na psychiatrii požádáno o invalidní důchod. V té době přiznána invalidity 3. stupně. Pro nedostatek potřebné doby důchodového pojištění, bohužel bez nároku na výplatu důchodu. Od té doby doplácen s dcerou sociálními dávkami. Později vyplácen úřadem práce, dávkou hmotné nouze 3 410,- Kč a příspěvkem na bydlení ze státní sociální podpory, ze které hradí nájem v městském bytě. Již 3 roky splácí dluh dopravní společnosti 8 622,- Kč, který mu vznikl při neuhrazení pokuty za jízdu v MHD bez platné jízdenky, aktuálně dluží 6 622,- Kč. Vzhledem k minimálním příjmům domluven splátkový kalendář na 200,- Kč měsíčně.

Pan Roman (K9) měl od vyučení do 31 let průměrný příjem z výdělečné činnosti. Po propuštění z práce byl půl roku na podpoře, později na sociálních dávkách. Po třech letech se na vlastní žádost nechal vyřadit z evidence na úřadu práce. V 35 letech vyřízen plný invalidní důchod. Po úpravě zákona pacientovi náleží invalidní důchod ve 3. stupni invalidity, aktuální výše činí 8 450,- Kč.

Pan Josef (K10) pracoval 9 let zpravidla v dělnických profesích za minimální mzdu, rok byl evidován na úřadu práce, kdy pobíral podporu, později doplácen jen sociální dávkou do životního minima. Od 28 let má přiznán invalidní důchod 3. stupně ve výši 6 960,- Kč. Aktuálně splácí dluh za neuhrazený pobyt na ubytovně ve výši 4 850,- Kč, kdy neměl přístup ke své výplatě důchodu. Jeho měsíční splátka činí 1 616,- Kč.

Tabulka č. 2 - finance

číslo kazuistiky	věk v době přiznání ID	výše ID v Kč	jiné příjmy	aktuál. výše dluhů v Kč	omezení svéprávnosti na finance
K1	22	7750	ne	5317	ne
K2	34	6920	ne	0	ne
K3	25	4880	ne	42700	ano
K4	34	7120	ne	20050	ne
K5	33	3790	ne	0	ne
K6	18	8950	nem. dávky	121050	ano
K7	35	4880	PnB	52000	ne
K8	32	0	PnŽ, PnB	6622	ne
K9	35	8450	ne	0	ne
K10	28	6960	ne	4850	ne

Pro lepší přehlednost byla vypracována výše uvedená tabulka č. 2, ze které vyplývá, že všichni probandi mají v současné době přiznán invalidní důchod 3. stupně z psychiatrické indikace. U pana Jiřího (K1) a pana Milana (K6) došlo k přiznání invalidního důchodu v poměrně náročném období adolescence, kdy obvykle dochází k začleňování jedince do společnosti, k oddělování se od primární rodiny a přijímání dospělých rolí. Z ostatních kazuistik vyplývá, že k přiznání invalidity došlo v období od 25 do 35 let, tedy v období mladé dospělosti, kdy jsou na člověka kladeny úkoly, jako je zvládnutí profesní role, stabilní partnerství a rodičovství.

Výše sledovaných invalidních důchodů jsou velmi nízké. Nejvyšší invalidní důchod z výběrového souboru v částce 8 950,- Kč byl přiznán panu Milanovi (K6), který měl důchod přiznaný již od 18 let věku a jeho pracovní kariéra probíhala po celou dobu až prakticky do současnosti v družstvu invalidů. O něco méně v částce 8 450,- Kč byl přiznán důchod panu Romanovi (K9), který byl výdělečně činný 13 let. Nejnižší výše důchodů byly zaznamenány u pana Dušana (K3) v částce 4 880,- Kč a u pana Marka (K10) pouze v částce 3 790,- Kč. K extrémní situaci došlo u pana Libora (K8), kdy je uznán invalidním, ale bez nároku na výplatu důchodu.

V tomto případě je pan Libor (K8) vyplácen úřadem práce, dávkami pomoci hmotné nouze a příspěvkem na bydlení z dávek státní sociální podpory. Pokud trvala hospitalizace u těchto osob déle než jeden měsíc, dávka byla automaticky snížena na existenční minimum, tedy částku 2 200,- Kč. Od 1. 2. 2017 došlo ke změně zákona o pomoci v hmotné nouzi a invalidním důchodcům bez nároku na výplatu důchodu již úřad práce

dávku ponechává po dobu celé hospitalizace v plné výši 3 410,- Kč. Na příspěvek na bydlení od státní sociální podpory má nárok i pan Přemysl (K7).

Jako jediný z celé skupiny má pan Milan (K6) nárok na vystavení dočasné pracovní neschopnosti, který mu vznikl díky pracovnímu poměru. Během prvních dvou týdnů mu zaměstnavatel poskytl náhradu mzdy. Nemocenské dávky mu vyplácí příslušná okresní správa sociálního zabezpečení, a to od 15. dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, délka výplaty je v jeho případě zákonem omezena na dobu 70 kalendářních dní, a to i pokud měl v témže roce více pracovních neschopností.

Z předložených kazuistik se jeví, že palčivým problémem schizofrenních pacientů je dluhová oblast. Z 10 sledovaných jedinců jsou pouze 3 probandi bez dluhů. Paradoxně jedním z nich je pan Marek (K5), který má přiznaný nejnižší důchod. Naopak pan Milan (K6), který má nejvyšší příjem (invalidní důchod + výplatu nemocenských dávek), má aktuálně nejvyšší dluh v částce 121 050,- Kč.

U pana Dušana (K3), jehož dluh činí 42 700,- Kč a u pana Pavla (K4), kde je dluh ve výši 20 050,- Kč je věřitelem zdravotní pojišťovna, kterou byly vykalkulovány nedoplatky na zdravotním pojištění. Pan Jiří (K1) splácí dluh za přestupek městskému úřadu. Ještě poměrně velkou část dluhu musí zaplatit pan Přemysl (K7) v částce 52 000,- Kč, který si vzal půjčky od nebankovní společnosti, kde jsou zpravidla velmi nevýhodné podmínky. Pan Libor (K8) má sice zaplatit už jen částku 6 622,- Kč ve splátkách 200,- Kč měsíčně, ale vzhledem k tomu, že jeho jediným příjmem jsou pouze dávky hmotné nouze a dávky SSP, je pro něj i tato suma zatěžující.

K omezení svéprávnosti v oblasti financí došlo u pana Milana (K6) a u pana Dušana (K3), oba v minulosti přišli o velké množství peněz z důvodu přidružené závislosti na automatech. U ostatních probandů zásah do svéprávnosti zjištěn nebyl.

U převážné části schizofreniků je žádoucí určitá míra podpory. K jejímu zajištění a vylepšení finanční situace by zcela jistě takto vážně duševně nemocným pomohlo přiznání příspěvku na péči. Z kazuistik bohužel vyplývá, že ani jeden proband nemá na tuto dávku nárok. Domnívám se, že je to především z toho důvodu, že posuzování závislosti žadatele je zaměřeno převážně na úbytek tělesných funkcí, které jsou u psychotických pacientů zpravidla zachovány.

5.2 Analýza vzdělání a zaměstnanosti

Tuto kategorii jsem rozdělila na dvě podkategorie a to z toho důvodu, že spolu úzce souvisí.

5.2.1 Vzdělávání

Z odborné literatury vyplývá, že mezi prodromální příznaky psychotického onemocnění patří nepochybně poruchy pozornosti, paměti a učení. V kazuistikách se potvrzuje, že před příchodem první ataky nastávají poměrně často problémy už v období vzdělávání, kdy jsou budoucí nemocní méně úspěšní ve škole.

Tabulka č. 3 - vzdělávání

číslo kazuistiky	ZŠ problém	dokončené vzdělání
K1	chování	gymnázium
K2	ne	SOU elektotechnické s maturitou
K3	ne	gymnázium
K4	ne	střední průmyslová škola
K5	prospěch	SOU strojírenské
K6	docházka	základní
K7	chování	střední průmyslová škola
K8	prospěch	SOU stavební s maturitou
K9	prospěch	SOU strojírenské
K10	chování	SOU strojírenské s maturitou

U pana Jiřího (K1), u pana Přemysla (K7) a pana Josefa (K10) se ukazuje, že určité problémy s chováním se objevily již na základní škole. Zhoršení prospěchu je pak evidentní u pana Marka (K5), u pana Libora (K8) a u pana Romana (K9).

U pana Milana (K6) se objevují na 2. stupni základní školy problémy s pravidelnou docházkou i sníženým prospěchem. Situace zde byla zřejmě ovlivněna i závažným psychotickým onemocněním jeho matky a následným rozvodem rodičů. V 16 letech pak dochází u pana Milana (K6) k rozvoji onemocnění, které jej zavedlo až na lůžkovou psychiatrii. Nemoc mu nedovolila dokončit vyučení, a tak získal pouze základní vzdělání. Tento fakt se jednoznačně promítl i do pracovního uplatnění, kdy byl celoživotně zařazen v nekvalifikované profesi.

Problémy s výukou na střední škole jsou patrné i u pana Přemysla (K7), který ze SOU elektrotechnického přestoupil na SOU, obor umělecké kovářství. I přes rozvoj schizofrenního onemocnění v době studia, kdy byl nucen docházku do školy na půl roku přerušit, se mu tento obor nakonec podařilo úspěšně dokončit. Obdobná situace se jeví v době studií na gymnáziu i u pana Dušana (K3), který měl problémy s chováním i docházkou a u maturity se mu podařilo obstát až v druhém termínu. Pan Jiří (K1) a pan Aleš (K2) nastoupili po maturitě na vysokou školu. Náročné požadavky vysokoškolského studia se jim však nepodařilo plnit, a tak oba po 2. semestru studium ukončili.

5.2.2 Zaměstnanost

Profesní aktivita může uspokojovat celou řadu potřeb. Jde především o pocit vlastní užitečnosti, o aktivizaci spousty schopností i dovedností a uchování potřebných návyků. Zaměstnání člověku dovoluje zachovat určitou úroveň sebeúcty a sebedůvěry. Pokud je člověk bez práce, velmi rychle zůstává izolován. Riziko nezaměstnanosti je ve skupině osob, které onemocněly schizofrenií daleko vyšší, než u zdravé populace. Všeobecně odborníci uvádí, že tato nemoc často nebývá spojená s úbytkem intelektových funkcí, problémy nastávají spíše v oblasti kognitivních funkcí.

Tabulka č. 4 - zaměstnanost a evidence na úřadu práce

číslo kazuistiky	délka výtěžné činnosti	práce v oboru	délka evidence na ÚP	důvod vyřazení z ÚP
K1	3	ne	0	--
K2	9	ano	3	přiznání invalidity
K3	0	ne	2	nesoučinnost
K4	5	ne	4	nesoučinnost
K5	10	ne	1	nesoučinnost
K6	31	ne	0	--
K7	7	ano	1	nesoučinnost
K8	3	ano	5	přiznání invalidity
K9	13	ano	3	na vlastní žádost
K10	9	ano	1	nesoučinnost

Z výše uvedené tabulky č. 4 vyplývá, že polovina probandů pracovala alespoň chvíli v oboru, pro který se připravovali na středních školách. Druhé polovině se ve vybraném

oboru nepodařilo uplatnit, zpravidla byli zařazeni v méně kvalifikovaných profesích, což se jednoznačně projeví na výši jejich výplaty invalidních důchodů.

Schizofrenie může pracovní schopnost pacienta výrazně ovlivnit. V akutní fázi je nemocný práceneschopný. Ve srovnání s jinými nemocemi se psychóza léčí mnohem pomaleji, a tak pracovní neschopnost trvá déle, v průměru jde i o několik měsíců. Pokud jsou pracovní neschopnosti častější, dochází nečastěji ze strany zaměstnavatele k rozvázání pracovního poměru.

Z výzkumu je patrné, že u vážně duševně nemocných je tedy velkým problémem pracovat dlouhodobě u jednoho zaměstnavatele. Pouze jedinému probandovi z našeho souboru se to povedlo. Jde o pana Milana (K6), který setrval v jedné firmě celých 31 let. Domnívám se, že velkou roli v tomto případě sehrálo prostředí výrobního družstva invalidů. Dlouhodobé pracovní zařazení mimo chráněné prostředí se tedy jeví pro schizofrenní pacienty jako zcela nedosažitelné.

Panu Romanovi K(9) se podařilo udržet u jednoho zaměstnavatele celých 13 let a navíc zde pracoval jako strojní zámečnick, tedy v oboru, kterému se vyučil. Pan Marek (K5) před přiznáním invalidity pracoval také 13 let, vystřídal však velký počet zaměstnavatelů. Paradoxně má ze všech sledovaných nejnižší výši invalidního důchodu. Pan Dušan (K3) v ČR nikdy nepracoval, potřebnou dobu důchodového pojištění pro nárok na výplatu důchodu získal ze studia a evidence na úřadu práce.

Pouze dvě osoby z výběrového souboru nebyly nikdy v evidenci na úřadu práce. Jde o pana Milana (K6), který byl od 18 let uznán invalidním a zároveň pracoval po celou dobu a pana Jiřího K(1), kterému byl také přiznán invalidní důchod v době, kdy úřady práce ještě neexistovaly.

S registrací na úřadu práce vzniká spousta povinností. Osoba, která se zaeviduje, musí krajské pobožce úřadu práce poskytovat součinnost, řídit se jeho pokyny, musí se dostavovat na pobožku ve stanovených termínech, má povinnost oznámit nejpozději do 8 dnů všechny změny aj. V momentě, kdy si uchazeč o zaměstnání neplní své povinnosti, je z evidence vyřazen.

Z našeho šetření vyplývá, že pro schizofrenní pacienty je poměrně obtížné všechny tyto povinnosti plnit. U 5 probandů, došlo k vyřazení z evidence úřadu práce právě z důvodu nesoučinnosti. V ten moment pro vyřazeného jedince nastává problém, protože opětovně požádat o zařazení do evidence může až po uplynutí 6 měsíců. V té době nepatří

do okruhu pojištěnců, za které je plátcem zdravotního pojištění stát. Vyřazený uchazeč tak nemá nárok na dávky hmotné nouze, nemá finanční prostředky, aby se stal samoplátcem, a tak mu vzniká dluh na zdravotním pojištění. Stejným způsobem takto vznikl nedoplatek např. u pana Pavla (K4), který postupně splácí dodnes dlužnou částku ve výši 1800,- Kč měsíčně.

Ve dvou případech, u pana Aleše (K2) a u pana Libora (K8) došlo přirozeně k ukončení evidence z důvodu přiznání invalidity 3. stupně. Podle zákona o zaměstnanosti již tyto osoby v evidenci úřadu práce nemohou být vedeny. Výjimku tvoří invalidní důchodci ve 3. stupni invalidity, kteří jsou schopni výdělečné činnosti jen za mimořádných podmínek.

U pana Romana (K9) došlo k vyřazení z evidence úřadu práce na vlastní žádost v době, kdy již byl evidentně nemocný a nebyl schopen reálně zhodnotit, k jakým důsledkům může dojít. Znalosti pracovníků úřadů o povaze a projevech duševních nemocí bývají mnohdy nedostačující. Pro svou neznalost pak bohužel často nebývají schopni správně vyhodnotit skutečnou sociální situaci nemocného člověka.

5.3 Analýza rodinné situace

Rodina hraje v životě každého z nás nezastupitelnou roli. Přítomnost či nepřítomnost rodiny zásadním způsobem formuje osobnost člověka od narození. Je velmi důležité, v jakém prostředí dítě vyrůstá a jaké jsou v daném prostředí vztahy.

5.3.1 Orientační rodina

Z jednotlivých případových studií vyplývá, že vybraní jedinci neměli ve svých orientačních rodinách nejpříznivější podmínky. Pouze v rodině pana Dušana (K3) nedošlo k rozpadu rodiny. Ale i v jeho rodině byly, dle sdělení matky, mezi rodiči poměrně konfliktní vztahy.

Velmi problematická situace nastala v primární rodině u pana Jiřího (K1), kdy jeho otec suicidoval a matka zůstala se třemi malými dětmi sama. Nepříznivé podmínky byly jednoznačně i u pana Pavla (K4), kdy po letitém nadužívání alkoholu jeho otec zemřel, duševně nemocná matka zůstala se svými syny sama a všichni 3 žili později dlouhodobě ve velmi špatných socioekonomických podmínkách.

U pana Milana (K6) byla zcela jistě rodinná situace komplikována psychotickým onemocněním matky, kdy se v jeho 10 letech rodiče rozvedli a on zůstal v péči otce. Po rozvodu se otec znovu oženil. S počínajícím duševním onemocněním v poměrně raném věku pana Milana (K6) byly vztahy s nevlastní matkou a jejími dětmi konfliktní. Nepříznivá situace nastala u pana Marka (K5), kde se matka vdala a otčím používal často fyzické tresty. Ochrannou ruku nad ním však drželi prarodiče z matčiny strany, kteří se o něj prakticky starali. Pan Josef (K10) měl s otčímem paradoxně lepší vztahy než s biologickým otcem.

Závažná situace nastala v orientační rodině u pana Romana (K9), kdy se po odchodu matky, otec - neléčený alkoholik spolu se svými despotickými rodiči staral o 3 nezletilé děti, jedno z těchto dětí bylo nedoslýchavé a později i schizofrenní.

Tabulka č. 5 - rodina orientační a prokreační

číslo kazuistiky	orientační rodina	prokreační rodina	počet dětí
K1	neúplná, otec suicidoval	svobodný	0
K2	neúplná, rozvod	rozvedený	0
K3	úplná, formální	svobodný	1
K4	neúplná, otec zemřel	svobodný	0
K5	rozvod, v nové s otčímem	svobodný	0
K6	rozvod, v nové s nevl. matkou	ovdovělý	4
K7	rozvod	svobodný	1
K8	neúplná, otec zemřel	rozvedený	1
K9	neúplná, matka odešla	svobodný	0
K10	rozvod, v nové s otčímem	svobodný	0

Pro lepší přehled byla vypracována tabulka č. 5, ze které je mimo jiné patrné, že osoby, které onemocní schizofrenií, jsou výrazně zranitelnější a hůře se jim navazují a udržují kontakty. Převážná část jedinců ze studovaného souboru zůstala svobodná, přesněji jde o 7 mužů, z toho 3 žili alespoň krátké období ve společné domácnosti se svými družkami.

Soužití s přítelkyní pana Jiřího (K1) trvalo jen půl roku, po rozvodu se přestěhoval zpět k matce do bytu, kde bydlel do její smrti. Pan Dušan (K3) žil 3 roky ve společné domácnosti s družkou, během vztahu se jim narodil syn, později se rozešli. S bývalou přítelkyní a synem není v kontaktu, platí pouze na syna výživné. Obdobná situace nastala u pana

Přemysla (K7), kdy se po roce společného bydlení jeho nezletilá přítelkyně s roční dcerou odstěhovala zpět ke svým rodičům.

V bezdětném manželství se nepodařilo obstát panu Aleši (K2), kde došlo v premorbidním období k rozvodu a následnému návratu zpět k matce. Náročná situace nastala u pana Libora (K8), kdy po dvouletém soužití manželka odešla za jiným mužem, nezletilá dcera zůstala v jeho péči. S výchovou mu pomáhala jeho matka, která je podporovala i finančně.

Z výzkumu vyplývá, že i vztahy ve svých nových rodinách u nemocných nebyly jednoduché. V odborné literatuře je uvedeno, že vliv každého onemocnění na rodinu je dán povahou, okamžikem manifestace a prognózou. Domnívám se, že vývoj situace v rodině závisí bezesporu i na příbuzenských poměrech a intenzitě jednotlivých vztahů.

5.3.2 Kontakty rodinných příslušníků s nemocným

Život se schizofrenní osobou v jedné domácnosti je mimořádně náročný. Z šetření vyplývá, že takovému tlaku jednoznačně nejdéle odolávají matky nemocných. Pan Jiří (K1) a pan Aleš (K2) bydleli, až na krátké období, se svými matkami do jejich smrti. Matka o pana Dušana (K3) pečuje do dneška, je však značně vyčerpaná, chce požádat pro svého syna do budoucna o pobytovou službu. Matka pana Přemysla (K7) navštěvuje na lůžkové psychiatrii také pravidelně, ale vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu již nemá sílu na syna častěji dohlížet. Celkový zdravotní stav pana Přemysla (K7) je navíc komplikován zhoršenou hybností, proto byla podána žádost o umístění v domově se zvláštním režimem.

Velmi pozitivně vnímám situaci u pana Marka (K5), kdy po delší době došlo k úpravě vztahu mezi matkou a nemocným synem, vzájemně se navštěvují jednou za 14 dní, dokonce uvažují o tom, že po úpravě zdravotního stavu a následném ukončení hospitalizace se pan Marek (K5) k matce nastěhuje do rodinného domku.

Tabulka č. 6 - kontakty rodinných příslušníků s nemocnými

číslo kazuistiky	aktivně pečující osoba	osoba v kontaktu	forma kontaktu	frekvence kontaktu +,-
K1	není	bratr	telefonicky	1x ročně
K2	není	bratr	osobně	2x za rok
K3	matka	matka	osobně	1x týdně
K4	není	sestra	telefonicky	3x za rok
K5	není	matka	osobně	1x za 14 dní
K6	není	dcery	telefonicky	2x za rok
K7	matka	matka	osobně	1x za 14 dní
K8	není	dcera	telefonicky	1x za rok
K9	není	sestra	telefonicky	2x za rok
K10	není	matka	telefonicky	3x za rok

Z tabulky č. 6 vyplývá, že kromě matek žádná jiná osoba z rodiny aktivně nepečuje o svého nemocného člena. Situace se jeví žalostná u pana Jiřího (K1) a pana Libora (K8), kdy je nejbližší příbuzní kontaktují pouze jednou za rok a to jen prostřednictvím telefonu. Stav není o mnoho lepší u pana Milana (K6) a u pana Romana (K9), kde dochází k telefonickému kontaktu ze strany příbuzných jen zhruba 2krát do roka. 3krát do roka byl zaznamenán telefonický kontakt sestrou u pana Pavla (K4) a telefonický kontakt matkou u pana Josefa (K10), která se kvůli existenčním důvodům odstěhovala na druhý konec republiky. Bratr pana Aleše (K2) je pracovně velmi zaneprázdněn, nemocného navštěvuje sice osobně, ale jen maximálně 2x do roka.

Lidé, kteří onemocněli schizofrenií, potřebují pomoc. Ideální je, když o ně pečuje rodina. Schizofrenie je však dlouhotrvající chronické onemocnění a tlak na rodinu je obrovský. V mnoha případech nelze mít rodinným příslušníkům za zlé, že jsou již unavení. Podporu potřebují tedy i rodiny. Zde by měla přispěchat na pomoc společnost s tolerancí a širokou nabídkou sociálních služeb pro obě strany, jak pro pečující, tak pro nemocné. Bohužel v některých regionech tomu tak není, a tak jsou rodiny vyčerpané, nedostatečně pečující a spousta schizofreniků je bezprizorních, v lepších případech jsou dlouhodobě hospitalizováni a čekají na umístění do pobytových sociálních zařízení.

5.4 Analýza bydlení

Lidé, kteří onemocněli psychózou, bydlí různým způsobem. Ti šťastnější žijí v domácím prostředí, v domovech se zvláštním režimem (dále jen DZR) či chráněném bydlení. Část z nich ale také dlouhodobě pobývá přímo na ulici nebo v psychiatrických nemocnicích, kde se začne spolu se zdravotním stavem řešit i jejich nepříznivá sociální situace. Takto duševně nemocní lidé mají velmi omezené možnosti s osamostatněním z důvodu špatné finanční situací, případné nedůvěřivosti a sociálnímu stažení.

Příkladem je pan Dušan (K3), který je poživitelem invalidního důchodu v částce 4 880,- Kč. Z této částky platí výživné na nezletilé dítě a dluh u zdravotní pojišťovny. Pro své opakované selhávání v oblasti financí byl omezen právě v hospodaření s penězi. Chalupa rodičů, ve které doposud pobýval, je v havarijním stavu. Je tedy prakticky osobou bez přístřeší. Rodina je již vyčerpaná. Pan Dušan (K3) navíc o jejich pomoc nestojí, chce se jen vrátit zpět do svého přirozeného prostředí. Vzhledem k uvedenému a zdravotnímu stavu nemocného by bylo na místě požádat o chráněné bydlení, současně s výhledem do budoucnosti by bylo vhodné podání žádosti o umístění ve speciálním zařízení pro psychotické klienty, tedy v domově se zvláštním režimem. Tyto varianty nemocný opakovaně odmítá, proto rodina zvažuje variantu podání návrhu na rozšíření omezení svéprávnosti. Zda to bude vhodné řešení, ukáže jen čas.

Návrat pana Pavla (K4) do svého rodného domu se jeví také nereálným. Vzhledem k nepříznivému zdravotnímu stavu není schopen samostatné existence a nemocná matka i bratr nejsou schopni o něj adekvátně pečovat. Ideální by bylo, kdyby v jejich regionu působil asertivní tým, včetně psychiatrické sestry, která by za rodinou pravidelně docházela. Z důvodu absence této služby bude jeho sociální situace řešena pouze podáním žádosti o umístění do domova se zvláštním režimem.

Z kazuistik mimo jiné vyplývá, že nemocní nemají dostatek finančních prostředků na udržování svého bydlení a po určité době se jejich domácnost stává neobyvatelnou. Taková situace nastala u pana Přemysla (K7), kterému matka pořídila bydlení na venkově, ale vzhledem k výši důchodu a zhoršujícímu se zdravotnímu stavu nebyl schopen udržovat domek v přijatelné podobě. V nemovitosti je nutné provedení nové elektroinstalace, odpadů a střechy. V dezolátním stavu je i rodinný dům pana Romana (K9), kde v podstatě neexistuje žádný funkční nábytek, domácnost je značně zanedbaná a hygienicky zcela nevhovující.

V kazuistice pana Marka (K5) je názorně vidět, jak složitá je někdy pro duševně nemocného člověka orientace v našem nastaveném systému sociálního zabezpečení. Tito lidé potřebují evidentně někoho, kdo jim poradí. Ideálně je to příbuzný, nebo ochotná sociální pracovnice, která bezradnému jedinci trpělivě vysvětlí, co má dělat, na co má nárok, případně mu pomůže jeho nepříznivou situaci řešit. V případě pana Marka (K5) však nebyl nikdo podobný na blízku, aby mu pomohl s doložením smlouvy o pobytu na ubytovně pro nárok na doplatek na bydlení, a tak přišel o tuto dávku hmotné nouze, a tím i o střechu nad hlavou. Stejná situace se u něj zopakovala ještě jednou, a to po přiznání invalidního důchodu v minimální výši, kdyby mohl mít na doplatek na bydlení opět nárok. Jelikož neměl dostatek finančních prostředků, byl donucen přebývat v opuštěné usedlosti na samotě, bez pitné vody, elektřiny a topení.

Pan Milan (K6) se stal prakticky den ze dne osobou bez přístřeší. Příjmy rodiny nestačily na splácení dluhů a hypotéky, dům je v exekuci a manželé byli donuceni k přestěhování na ubytovnu. Došlo k debaklové situaci, kterou manželka nemocného, dle sdělení dcer, neustála a tíživé životní situaci podlehla. Zdravotní stav pana Milana (K6) již neumožňuje samostatné bydlení ani pobyt v chráněném bydlení, proto bylo také zde požádáno o umístění do domova se zvláštním režimem.

Velkou podporu v oblasti bydlení poskytovaly do své smrti matka pana Jiřího (K1) a matka pana Aleše (K2), kdy se oba muži měli možnost po nevydařeném partnerském vztahu vrátit zpět do společné domácnosti. Podporu od svého pracovně vytíženého bratra může očekávat i pan Aleš (K2), a to především v oblasti finanční. Hodlá byt po zemřelé matce prodat a peníze využít na nové bydlení svého příbuzného. I zde bylo požádáno o domov se zvláštním režimem v bydlíšti bratra. V rámci transformace sociálních služeb budou v tomto zařízení pro své klienty v brzké době zřizovat chráněné bydlení formou tréninkových bytů, což je ideální variantou právě pro pana Aleše (K2).

Pan Jiří (K1) dostal v minulosti vyplacenou poměrnou část z nemovitosti po matce, peníze během 3 let vyčerpal na placení podnájmu. Po odčerpání těchto financí byl donucen bydlet na ubytovnách a v azylových domech. Toto bydlení je však vzhledem k jeho diagnóze naprosto nevyhovující. V těchto zařízeních jsou zpravidla ubytovány osoby se závislostí, po výkonu trestu a osoby z různých důvodů nepřizpůsobivé. Schizofrenici mají své specifické potřeby a je naprosto nereálné, aby v podobném prostředí fungovali bez problémů.

Z šetření vyplývá, že nepříznivá bytová situace psychotických pacientů je zpravidla řešena podáním žádosti o umístění do chráněného bydlení, případně do domova se zvláštním režimem. Čekací doby na chráněné bydlení jsou v průměru od 1 měsíce do půl roku. Horší je situace u žadatelů o zařazení do pořadníku do domova se zvláštním režimem. Čekací doby na tyto domovy jsou vzhledem k malému počtu těchto zařízení velice dlouhé. V průměru na umístění čekají schizofrenní pacienti 5 až 12 let.

Ti, kteří nemají jinou možnost, jsou pak dlouhodobě hospitalizovaní v psychiatrických nemocnicích. I přes veškerou snahu těchto zdravotnických zařízení dochází poměrně často u těchto osob bohužel k hospitalismu, který se projevuje ochuzením zájmové činnosti, emoční otupělostí a neschopností žít samostatný život mimo instituci.

Pro lepší přehled bytové situace mužů z výběrového souboru byla vypracována následující tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 - bydlení

číslo kazuistiky	doposud bydlel	zvolené řešení
K1	chráněné bydlení	požádáno o chráněné bydlení
K2	v bytě	požádáno o DZR, tréninkový byt
K3	chalupa rodičů v dezolátním stavu	--
K4	u rodiny, nevhodné prostředí	požádáno o DZR
K5	opuštěná usedlost	v domku u matky
K6	ubytovna	požádáno o DZR
K7	doměk v dezolátním stavu	požádáno o DZR
K8	nájem v městském bytě	městský byt, později DZR
K9	doměk v dezolátním stavu	požádáno o DZR
K10	ulice	požádáno o chráněné bydlení

Pro jedince, kteří ve zdravotnických lůžkových zařízeních čekají na umístění dále, je velkým problémem vyřízení příspěvku na péči, který je ve spoustě domovů se zvláštním režimem podmínkou pro přijetí. Původně se jevílo, že změnou zákona dojde k výraznému posunu a příspěvky na péči se budou moci vyřizovat již za doby hospitalizace. V praxi se však ukázalo, že je situace nadále patová. Nedílnou součástí žádosti o tuto dávku je tiskopis Oznámení o poskytovateli pomoci, kde je nezbytné uvedení konkrétní osoby, která bude osobě závislé pomoc poskytovat. Pokud nemocný rodinu nemá, případně v rodině není nikdo ochoten, být v tiskopisu uveden jako poskytovatel, řízení o přiznání dávky nemůže

být ani zahájeno. Pro nesplnění této podmínky k přijetí do zařízení je žádost o umístění znevýhodněna.

Nepříjemným zjištěním je, že pouze dva muži z výběrového souboru se mají po úpravě zdravotního stavu kam vrátit. Jde o pana Marka (K5), který po letech přijal matčinu nabídku na společné bydlení. Otázkou je, jak bude probíhat vzájemná adaptace. Pan Libor (K8) bude bydlet nadále v městském bytě. Nabízí se však další otázka. Jak bude řešena jeho bytová situace v budoucnosti, kdy zestárne a nebude již schopen samostatného bydlení? Vzhledem k přiznání invalidity bez nároku na výplatu důchodu bude jeho umístění takřka nereálné.

Jedinců s podobným osudem v naší společnosti za posledních 10 let rapidně přibývalo. Myslím, že by se odborná veřejnost měla tímto problémem začít vážněji zabývat a při posuzování zdravotního stavu a výpočtu nároku na důchod více zohledňovat specifika vážných duševních poruch. Také se domnívám, že by kompetentní instituce měly přemýšlet nad zřizováním speciálních zařízení, kde budou dožívat osoby s minimálním příjmem, tedy právě ty, kterým bez vlastního zavinění nevznikne nárok na výplatu starobního či invalidního důchodu.

5.5 Analýza chování a jeho stigmatizace

Stigmatizace je proces, který označuje jedince negativní nálepkou na základě určité odlišnosti, která je pro druhé z nějakého důvodu nepřijatelná. Většina schizofreniků se musí během života vypořádávat s nějakou formou stigmatizace. Člověk, který měl co dočinění s psychiatrií a nechová se zcela standardním způsobem, je zpravidla vystaven zvýšené společenské kontrole.

Z kazuistik vyplývá, že v akutní fázi nemoci se u některých mužů objevuje chování, které mnohdy hraničí se zákonem. K menším prohřeškům patří rušení nočního klidu, výtržnictví, konflikty s okolím, verbální agrese, atd. U pana Romana (K9) takové jednání dovedlo obyvatele obce k sepsání petice, kde uvedli, že se kolem jeho domu pohybují s obavou. Protože pacient žije sám a v jeho regionu není žádná terénní následná péče, která by mohla zajistit pravidelné návštěvy a pravidelnou medikaci, situace se začíná drammatizovat. Důvody k detenci na lůžkové psychiatrii již u pana Romana (K9) pominuly, chce být

propuštěn do domácího prostředí. Ve své obci ale bude zcela jistě pod drobnohledem, a tak vzniká velké riziko recidivy.

Dle odborníků většina duševně nemocných nikdy nespáchá žádný násilný trestný čin. U psychotiků je počet trestných činů jen mírně zvýšený. Je to však u těch, kteří nejsou léčeni nebo jsou léčeni nedostatečně. Duševně nemocné osoby, které spáchají trestný čin, jsou zpravidla znalecky zkoumány. Tak tomu bylo i u pana Aleše (K2), kdy došlo vlivem duševního onemocnění k napadení sousedky. Znalec na základě prostudování dostupné dokumentace a vyšetření nemocného vypracoval znalecký posudek, kde uvedl, že posuzovaný trpí duševní poruchou, a že v době spáchání trestného činu nebyl schopen rozpoznat společenskou nebezpečnost svého chování. Proto na základě znaleckého posudku v jeho případě soud rozhodl o uložení ochranného léčení psychiatrického v ambulantní formě. Takovým způsobem dochází k ochraně nemocného i veřejnosti, kdy je pacient přinucen pravidelně docházet do psychiatrické ambulance a spolupracovat.

V posledním období probíhají v naší společnosti určité změny v postojích k vážně duševně nemocným lidem a to vlivem neblahých událostí v souvislosti se spácháním trestných činů psychotických pacientů. Informace z médií jsou však mnohdy neobjektivní. To, že jde především o systémovou chybu, se už z médií nedovíáme.

Z šetření také vyplývá, že právě schizofrenici bývají velmi často oběťmi trestných činů. Bohužel o této skutečnosti se v naší společnosti už tak často nehovoří. Pan Jiří (K1) byl v nedávné době vystaven nepříjemnému obtěžování ze strany svého souseda, který si od něj pravidelně půjčoval peníze, později mu je přestal splácet. Nedokázal tyto jeho útoky odvracet, a tak se raději rozhodl, že pobytem službu opustí.

Obětí krádeže dokladů se stal pan Aleš (K2). U pana Josefa (K10) mělo odcizení občanského průkazu velmi nepříjemné následky. Bez dokladu totožnosti si nemohl vyvednout na poště důchod a uhradit dluh na ubytovně. Přišel o střechu nad hlavou a skončil na ulici. I pan Marek (K5) byl okraden, zloději mu opakovaně odcizili jeho invalidní důchod.

V kazuistice pana Přemysla (K7) je jednoznačně vidět, jakým způsobem na duševně nemocných parazitují některé nebankovní společnosti. Takto nemocní lidé jsou pro ně velmi snadnou kořistí. Přestože je z příjmů pacienta evidentní, že bude své závazky plnit jen velmi obtížně, smlouva je zpravidla velmi rychle podepsána v neprospěch nemocného.

Při prvním zpoždění platby začínají narůstat procenta z prodlení geometrickou řadou a duševně nemocný se tak ocitá v dluhové pasti.

Z kazuistiky pana Pavla (K4) je zřetelné, jakým způsobem může být psychotická osoba terčem posměchu a hrubých urážek, susedovo nevhodné chování později navíc vygradovalo likvidací pacientova psa. Pan Libor (K8) se stal dokonce obětí násilného trestného činu, byl brutálním způsobem napaden a posléze hospitalizován na traumatologii s poraněnými žebry a hlavou. Po roce u něj došlo k manifestaci epileptického záchvatu a v poměrně krátkém časovém úseku následoval rozvoj psychotického onemocnění.

Ze statistik vyplývá, že každý desátý schizofrenik spáchá suicidium. Takové sebe-poškozující chování bylo zjištěno i u mužů z výběrového souboru. Pan Roman (K9) se pokusil o sebevraždu v době hospitalizace, kdy byl upoután na lůžko a po úrazu se domníval, že už nikdy nebude chodit. Pana Přemysla (K7) dohnala k sebevražednému pokusu jeho tíživá finanční situace, v minulosti podepsal velmi nevýhodné půjčky a s nízkým důchodem byl opakovaně v platební neschopnosti. Pan Jiří (K1) se pokusil o sebevraždu pod vlivem velmi nebezpečných imperativních halucinací.

Tabulka č. 8 - rizikové chování a nevhodné projevy okolí vůči nemocným

číslo kazuistiky	rizikové chování nemocných	projevy okolí vůči nemocným	suicidální tendence
K1	rušení nočního klidu	půjčování peněz bez vrácení	ano
K2	konflikt se sousedkou	odcizen občanský průkaz	ne
K3	abúzus alkoholu, drog		ne
K4	masturbace na veřejnosti, vykopání jámy u susedů	hrubé urážky, likvidace psa	ne
K5		krádeže důchodu	ne
K6	gamblerství		ne
K7		lichvářství	ano
K8	vyhazování svých věcí z okna, v MHD bez jízdenky	loupežné přepadení	ne
K9	verbální konflikty	stigmatizace	ano
K10		krádež dokladů	ne

Z šetření vyplývá, že u vybraných mužů nedošlo ve zvýšené míře k trestným činům. Zpravidla jde o nápadné či nevhodné chování z psychotické motivace. Pacienti trpící

schizofrenií pro své okolí tedy zpravidla nepředstavují nebezpečí. Naopak velmi často se stávají oběťmi činů, které vykazují jasné známky trestnosti.

6 SHRUTÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI A DISKUZE

Cílem empirické části diplomové práce bylo zjistit, jakým způsobem se schizofrenní onemocnění promítá do každodenního života mužů v produktivním věku. Výzkumný problém jsem se rozhodla zkoumat kvalitativní metodou, prostřednictvím případových studií, ve kterých jsou sepsány příběhy 10 mužů, kteří onemocněli vážným psychotickým onemocněním. Výzkumný soubor jsem záměrně vybrala z aktuálně hospitalizovaných pacientů lůžkového zdravotnického psychiatrického zařízení. Jednotlivé kazuistiky byly označeny K1 až K10 a jsou součástí přílohy diplomové práce.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem se schizofrenie promítá do každodenního života mužů v produktivním věku. Po zpracování kazuistik a jejich podrobné analýze jsem dospěla k názoru, že u mužů v produktivním věku s nástupem schizofrenního onemocnění dochází k velmi výrazným životním změnám a kvalita jejich života je touto nemocí značně ovlivněna. Nemocný jedinec je průběžně konfrontován se spoustou nepříjemných skutečností. Pro převážnou část nemocných přináší schizofrenie značná omezení, sociální sestup a stigmatizaci.

Z případových studií vyplývá, že k nejcitlivějším momentům dochází v oblasti financí, vzdělávání a práce, rodinných poměrů, bydlení a chování. Pro přehlednost člením shrnutí do 5 oblastí. V každé oblasti odpovídám na následující dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké jsou hlavní sociální problémy mužů v produktivním věku, kteří onemocněli schizofrenií?
2. Proč dochází k závažným sociálním problémům u mužů v produktivním věku, kteří onemocněli schizofrenií?

Finanční zabezpečení

1. Z šetření vyplývá, že finanční situace vážně duševně nemocných osob je velmi složitá. Všichni muži z výběrového souboru mají přiznán invalidní důchod 3. stupně. Invalidita jim byla přiznána od 18 do 35 let věku, tedy v období, kdy zpravidla dochází k osamostatňování a na jedince jsou kladené nemalé nároky. Většina z vybraných jedinců je ohrožena chudobou. Výše jejich invalidních důchodů jsou velmi nízké. Pro ilustraci – nejvyšší je v částce 8 950,- Kč, nejnižší v částce 3 790,- Kč. Jeden proband je bez nároku

na výplatu důchodu, dlouhodobě žije pouze z dávek hmotné nouze a z dávek státní sociální podpory. Zdravotní stav dovoluje pouze jednomu muži přivýdělek, a tak jsou mu k důchodu současně vypláceny nemocenské dávky.

V oblasti financí se velkým problémem schizofrenních osob jeví dluhová problematika. Pohledávky má 7 z 10 vybraných mužů. Vzhledem ke svým minimálním příjmům je hradí zpravidla několik let. Dluhy jsou pro nemocné i velkou psychickou zátěží. Většinou se potýkají s nedoplatky na zdravotním pojištění, pokutami, velmi nevýhodnými půjčkami, zadlužením z gamblerství a jiným. Dva probandi ze souboru byli na návrh rodiny soudem omezení ve svéprávnosti na hospodaření s penězi, tím jsou chráněny jejich práva. Ustanoveným opatrovníkem jsou v obou případech rodinní příslušníci.

2. Nárok na přiznání příspěvku na péči nemá z výběrového souboru žádný muž. Ke zlepšení finanční situace by zcela jistě schizofrenním pacientům pomohlo přiznání tohoto příspěvku, ale vzhledem k tomu, že je při posuzování nároku pohlíženo především na úbytek tělesných funkcí, které jsou u nich zpravidla zachovány, dávka jim přiznána není.

Myslím, že by bylo velmi žádoucí, aby stát ještě více reguloval podmínky pro poskytování půjček, aby nedocházelo v takové míře, jako doposud, k podpisu nevýhodných smluv.

Omezení svéprávnosti je dlouhodobý proces, řízení u soudu probíhá velmi pomalu, proto může dojít v tomto období k dalšímu zneužívání nemocného.

Vzdělávání a zaměstnanost

1. V odborné literatuře jsou popisovány prodromální příznaky. I z kazuistik je zřejmé, že jisté známky blížícího se onemocnění se objevují již v období přípravy na budoucí povolání. Na základní škole začínají viditelné problémy s chováním, docházkou i prospěchem. Pokud dochází k rozvoji onemocnění již v adolescenci, může být pro nemocné poměrně obtížné dokončení vzdělání. U jednoho muže z výběrového souboru došlo k manifestaci onemocnění již v 16 letech, následkem toho se nedoučil. Pokud nemocný nemá žádnou kvalifikaci, je jeho uplatnění obtížné. Všem ostatním mužům z výběrového souboru se středoškolské vzdělání podařilo dokončit. U dvou došlo k rozvoji onemocnění při zvýšené zátěži na vysoké škole. Po druhém semestru byli nuceni studium ukončit.

Z šetření vyplývá, že nemoc má nepříznivý vliv i na pracovní uplatnění. Jen polovina mužů ze souboru alespoň krátkodobě pracovala ve svém oboru, ostatní byli pracovně zařazeni

mimo obor, jako nekvalifikované síly a často jen brigádně. I z tohoto důvodu jsou pak nemocným vypočteny velmi nízké důchody, protože doba pojištění se započítává pouze ze zaměstnání. Dále je z výzkumu patrné, že u nemocných dochází k poměrně časté fluktuaci. Vlivem nemoci jsou nuceni opustit své dosavadní zaměstnání, a tak dochází k následnému zhoršení finanční situace. Pouze jednomu muži se podařilo dlouhodobě pracovat u jedné firmy. Šlo však o chráněné prostředí výrobního družstva invalidů, kde měl přizpůsobené podmínky a s občasnou nemocností zmíněného muže měli trpělivost. Což se u zaměstnavatelů v běžných podmínkách nestává tak často. Spíš se nemocní setkávají s neporozuměním a odstupem. Z důvodů nízké frustrační tolerance se u schizofrenních osob jeví poměrně vysoké riziko nezaměstnanosti. Z šetření vyplývá, že tyto jedinci mají problémy i s evidencí na úřadu práce, nejsou schopni pravidelně docházet ve stanovený termín a plnit další složité povinnosti s tím spojené. Poměrně často dochází k vyřazení z evidence, kdy se nemohou zaregistrovat půl roku, nemají nárok na dávky pomoci v hmotné nouzi. Pokud neseženou práci, jsou zcela bez finančních prostředků a navíc jim narůstá dluh na zdravotním pojištění. Ze zpracované kazuistiky vyplynula situace, kdy se nemocný nechal vyřadit z evidence na vlastní žádost.

2. Domnívám se, že k těmto situacím by nemuselo docházet, pokud by k nemocným byli zaměstnavatelé a spolupracovníci tolerantnější. Bylo by žádoucí, aby stát v tomto ohledu zaměstnavatele více podporoval a motivoval.

Pracovníci úřadu by měli být mnohdy více informováni o povaze a projevech schizofrenního onemocnění, aby mohli objektivně vyhodnotit požadavky a potřeby osob s psychotickým onemocněním.

Rodinná situace

1. Analýzou bylo zjištěno, že všichni probandi měli ve svých orientačních rodinách nemalé problémy. Pouze jedna rodina byla zachována, ale i zde byly vztahy mezi matkou a otcem jen formální. Rozvodem došlo k rozpadu orientační rodiny u poloviny probandů, nebo se rodina stala neúplnou z důvodu úmrtím jednoho z rodičů. V jednom případě matka odešla od rodiny, kde zůstaly v péči otce 3 nezletilé děti, z toho 2 nemocné. Pokud si rodič našel druhého partnera, vztahy s nevlastním rodičem byly komplikovanější. Velmi složitá situace nastává, pokud jsou v domácnosti dvě či tři osoby s duševním onemocněním. Komunikace je složitější a problémy přibývají geometrickou řadou.

Z kazuistik vyplývá, že probandi, mají evidentní problémy s navazováním kontaktů s ženami a je pro ně poměrně problematické, udržet si dlouhodobější partnerský vztah. 2 muži z výzkumného souboru jsou rozvedeni, jeden ovdověl. 7 mužů je svobodných, z toho 3 měli jen krátkodobý partnerský vztah. Pouze jeden muž ze souboru s dopomocí matky pečoval o své dítě až do jeho zletilosti. Negativní dopad má schizofrenní onemocnění i na vztahy v rodině. Do popředí se dostává nemoc, zažitá pravidla se najednou mění a vztahy mezi jednotlivými členy se transformují. U poloviny mužů z výběrového souboru bylo zaznamenáno, že největší trpělivost z rodiny mají matky, které pečují o své syny do posledních sil. Po úmrtí matky nastává problém nejen s bydlením, ale i se sebeobslouhou, málokdy úlohu pečujícího převezme jiný příbuzný. Sourozenci kontaktují nemocné jen minimálně a to prostřednictvím telefonu či krátké návštěvy. Jsou buď pracovně zaneprázdněni, bydlí daleko od nemocného nebo nemají zájem.

2. Schizofrenie není velkou zátěží jen pro nemocného, ale i pro celou rodinu. Pro všechny zúčastněné není vůbec lehké přijmout vše, co nemoc přináší. Někteří členové rodiny nadměrně usilují o uzdravení svého blízkého. Toto úsilí však postupně opadá a příbuzní jsou čím dál víc vyčerpaní. Není divu, protože v našich podmínkách je péče o příbuzné duševně nemocných osob stále nedostačující. Jen výjimečně, spíše ve větších městech, existují programy rodinného poradenství. Je jisté, že podporování rodiny snižuje její zármutek a současně má pozitivní vliv na průběh schizofrenního onemocnění.

Bydlení

1. Pouze dva muži z výběrového souboru jsou majiteli nemovitosti, ty jsou však v téměř neobyvatelném stavu. Ostatní probandi bydleli před hospitalizací na ubytovně, v pronájmu v městském bytě, u příbuzných nebo v chráněném bydlení. Dva probandi žili osaměle na okraji společnosti bezdomoveckým způsobem života. Jejich nepříznivá bytová situace je řešena umístěním do vhodného typu zařízení. Převážná část mužů ze zkoumaného souboru má požádáno o pobytovou službu. Pouze jeden muž pomoc opakovaně odmítá a trvá na návratu do svého přirozeného prostředí. Jedinci, kteří jsou soběstačnější, čekají na volné místo v chráněném bydlení, čekací doba je zde v průměru 1 až 3 měsíce. Pokud je ale zdravotní stav nemocného chronifikován, je zapotřebí 24 hodinovou péči. V těchto případech se žádá o umístění do domova se zvláštním režimem. Čekací doby jsou však na tuto pobytovou službu velmi dlouhé, v průměru 5 až 12 let. Spousta z nich se nemá kam vrátit,

a tak čekají dlouhodobě na umístění v psychiatrických nemocnicích. Příspěvek na péči, který je podmínkou pro přijetí do většiny zařízení, se obtížně vyřizuje u osob, které nemají žádného příbuzného nebo alespoň formálně spolupracujícího rodinného příslušníka. Vzhledem k nízkým příjmům mají velmi malou pravděpodobnost umístění, v ČR neexistuje žádná vhodná pobytová sociální služba pro duševně nemocné osoby s minimálními příjmy. Ubytovny a azylové domy jsou pro tyto osoby naprosto nevyhovující.

2. Z šetření vyplývá, že především z důvodu nedostatku finančních prostředků mají osoby, které onemocněly schizofrenií, problémy s bydlením. Pokud bydlí sami v bytě či domku, toto obydlí je po určité době v havarijním stavu, protože nemají dostatek financí ani sil na údržbu své nemovitosti. Mnohdy nemají ani dostatek prostředků na úhradu za pobytovou službu, proto často končí na ulici. Jindy chybí pomoc ze strany rodiny či širšího okolí.

Část nemocných čeká dlouhodobě na umístění v psychiatrických nemocnicích, protože zařízení sociálních služeb pro vážně duševně nemocné osoby je v naší zemi málo a komunitní služby, které by pomáhaly nemocným v přirozeném prostředí, jsou stále nedostatečně rozvinuté.

Rizikové chování nemocných a okolí

1. Vlivem onemocnění mnohdy dochází u schizofreniků k nápadnému chování, a tak není divu, že jsou tyto osoby podrobeny zvýšené společenské kontrole. Díky projevům nestandardního chování, kterými je např. rušení nočního klidu, konflikty s okolím a jiné, se občas dostávají do konfliktů s okolím i rozporu se zákonem. Pokud dojde pod vlivem halucinací a bludné produkce ke spáchání trestného činu, je nemocnému místo nebo vedle trestu uloženo ochranné léčení v ambulantní nebo ústavní formě.

Z šetření také jednoznačně vyplývá, že schizofrenní osoby bývají velmi často obětmi trestných činů. Pro svou důvěřivost a bezelstnost se stávají snadnou kořistí pro zloděje, podvodníky, nezřídka musí čelit urážkám i ponížení. Stigmatizace samozřejmě zhoršuje průběh jejich onemocnění. Vede zpravidla k diskriminaci, což přináší nemocnému řadu negativních důsledků.

2. Pokud nemá nemocný částečnou podporu rodiny nebo profesionálů, sám jen velmi obtížně dodržuje léčebný režim, následně pak dochází k návratu onemocnění a zpravidla i k nápadnému chování. Nemocní jsou poté ohroženi neporozuměním a sociálním vylouče-

ním. Ke stigmatizaci schizofrenních pacientů dochází jednoznačně z důvodů nedostatku potřebných informací, které se k veřejnosti nedostávají nebo jsou jim podávány ve zkreslené podobě.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ve výzkumné části jsem zjišťovala, jaké jsou hlavní sociální problémy mužů v produktivním věku se schizofrenií a proč k jednotlivým nepříznivým událostem dochází. Prostřednictvím analýzy se mi podařilo získat výsledky, které poskytují několik zajímavých námětů ke zlepšení jejich složité životní situace.

- osoby se schizofrenním onemocněním by měli mít daleko větší možnost pracovního zařazení na chráněném pracovišti, protože značná část duševně nemocných není schopna plného pracovního zatížení, ideální je práce na zkrácený úvazek;
- bylo by vhodné upravit postup při posuzování nároku na příspěvek na péči, nehodnotit pouze tělesné funkce, přihlížet i na psychické schopnosti a možnosti žadatele;
- nemocné i rodinné příslušníky je důležité pravidelně edukovat o průběhu nemoci, o varovných příznacích, o léčbě, poskytovat informace o možnostech systému péče o schizofrenní osoby;
- péče o schizofreniky je v ČR dvourezortní - ministerstva práce a sociálních věcí a ministerstva zdravotnictví, myslím, že by byla vhodná lepší spolupráce a provázanost jednotlivých rezortů;
- za posledních 10 let vzniklo několik komunitních denních i pobytových zařízení, která nabízí pomoc psychotickým pacientům v přirozeném prostředí, bohužel je jich stále velmi málo, proto by bylo žádoucí, aby těchto služeb stále přibývalo;
- důležité je i rozšíření poskytování asertivní komunitní služby, která by aktivně vyhledávala obtížně spolupracující schizofreniky;
- rozšíření kapacit domovů se zvláštním režimem pro osoby se schizofrenií;
- podporování lepší informovanosti pracovníků na úřadech o duševním onemocnění;
- zřízení pobytové služby pro duševně nemocné, kterým bez vlastního zavinění nevznikl nárok na výplatu důchodu.

ZÁVĚR

Schizofrenie je onemocnění, které je léčitelné, ale svými projevy hluboce zasahuje do osobnosti nemocného. Typický časný začátek schizofrenie na přelomu adolescence a rané dospělosti může velmi podstatným způsobem ovlivnit celý další život nemocného i jeho rodiny. Toto závažné duševní onemocnění přináší mimo jiné zcela zásadní změny i v sociální oblasti. V diplomové práci jsem se zaměřila především na sociální problematiku schizofrenních mužů, kteří onemocněli psychózou v produktivním věku. Prostřednictvím výzkumu jsem chtěla poukázat na konkrétní sociální problémy, které toto onemocnění přináší.

Teoretickou část jsem rozčlenila do 3 kapitol. V úvodu záměrně popisuji klinické projevy schizofrenie, vznik, průběh a sociální význam tohoto onemocnění. V další kapitole se zaměřuji na systém péče o schizofreniky v našich ambulantních, ústavních i komunitních podmínkách. V závěru teoretické části se věnuji sociální práci se schizofreniky a jejich specifickým potřebám.

V empirické části jsem k zodpovězení výzkumných otázek použila kvalitativní výzkumnou metodu. Pomocí kazuistik 10 nemocných mužů jsem analyzovala jejich nelehkou sociální situaci. Z výzkumu vyplývá, že schizofrenní onemocnění přináší mužům v produktivním věku značné množství sociálních problémů a výrazným způsobem dochází ke ztrátě jejich statusu. Toto onemocnění přináší nezaměstnanost, později invaliditu a zchudnutí. Bohužel jen málo schizofreniků založí novou rodinu. Sociální síť se těmto osobám postupem času zmenšuje, často žijí osamělým, nezřídka společensky nežádoucím způsobem života.

Nemoc jim znemožňuje, aby si své problémy řešili sami, proto potřebují podporu a pomoc okolí. Optimální je, když nemocné podporuje rodina, pokud tomu tak není, měla by pomoci společnost. Specifika psychotického onemocnění a jeho projevů, nízká úroveň informovanosti veřejnosti o tomto onemocnění a stigmatizace jsou důvody, proč se podpory ze strany veřejnosti schizofrenikům často nedostává. Doufám, že prostřednictvím této práce alespoň malou mírou přispějí ke změně pohledu části veřejnosti, která takto handicapovaným lidem nerozumí a jejich nezvyklé projevy chování nechápe.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ANTHONY, William et al., 2002. *Psychiatric Rehabilitation*. Vyd. 2. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University. ISBN 978-1-878512-11-6.
- [2] BALDWIN, Richard a Charles WYPLOSZ, 2013. *Ekonomie evropské integrace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1807-1.
- [3] BANKOVSKÁ - MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL, 2013. *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Vyd. 2. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2993-3.
- [4] DOUBEK, Pavel et al., 2010. *Psychóza v životě - život v psychóze*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-231-5.
- [5] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1620-6.
- [6] HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [7] HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-1-5.
- [8] HOSKOVCOVÁ, Simona, 2009. *Psychosociální intervence*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN: 978-80-246-1626-1.
- [9] HRONOVÁ, Marie, 2008. Etika v sociální práci. In MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.
- [11] LIBIGER, Jan, 2002. Schizofrenní poruchy. In: HÖSCHEL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-1-5.
- [12] MAHROVÁ Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-2138-5.

- [13] MATOUŠEK, Oldřich, 2012. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.
- [14] MICHON, Harry a Jaap WEEGHEL, 2005. Specifické potřeby duševně nemocných. In: MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- [15] MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK, 2004. *Schizofrenie – neurobiologie, klinický obraz a terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-277-3.
- [16] OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9906-3.
- [17] PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [18] PRAŠKO, Ján et al., 2011. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.
- [19] PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [20] PROBSTOVÁ, Václava, 2005. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- [21] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [22] SAVENJE, Anke, 2009. Rodina a psychiatrické onemocnění. In: PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [23] SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
- [24] ŠIMEK, Jiří, 2008. Etické aspekty psychoterapie. In FISCHER, Ondřej a René MILFAIT, *Etika pro sociální práci*. Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická. ISBN 978-80-904137-3-3.

[25] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

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

[27] WEEGHEL, Jaap, 2009. Komunitní péče pro osoby s psychickým onemocněním.

In: PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

Elektronická kniha:

[1] WENIGOVÁ, Barbora a Jiří RABOCH, 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): odborná zpráva z projektu* [online]. Praha: Česká psychiatrická společnost [cit. 2017-02-02].

Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

PnŽ	příspěvek na živobytí
PnB	příspěvek na bydlení
ID	invalidní důchod
ZŠ	základní škola
ÚP	Úřad práce
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
DZR	Domov se zvláštním režimem

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - základní údaje o nemocných	44
Tabulka č. 2 - finance	49
Tabulka č. 3 - vzdělávání	51
Tabulka č. 4 - zaměstnanost a evidence na úřadu práce	52
Tabulka č. 5 - rodina orientační a prokreační	55
Tabulka č. 6 - kontakty rodinných příslušníků s nemocnými	57
Tabulka č. 7 - bydlení	60
Tabulka č. 8 - rizikové chování a nevhodné projevy okolí.....	63

PŘÍLOHA P I: KAZUISTIKY

KAZUISTIKA č. 1

Jiří, ročník 1964

Osobní anamnéza:

Jedná se o 53letého svobodného, bezdětného, svéprávného muže, kuřáka. Na základní škole, na 2. stupni problémy s chováním, absolvoval čtyřleté gymnázium. Vojenskou službu nenastoupil. Po maturitě začal studovat na vysoké škole zemědělské. V prvním ročníku vysokoškolské studium přerušil. Po dobu 3 let několik pracovních poměrů, později přiznání invalidního důchodu, při kterém si brigádně přivydělával. Nejraději je zavřený sám v pokoji, poslouchá hudbu a kreslí si své představy na papír.

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 76 letech na infarkt myokardu, zdravotní sestra, psychiatricky neléčená. Otec, soustružník, v 35 letech suicidoval otravou výfukovými plyny, příčina se neví, pacient si na otce moc nepamatuje, když k tomu došlo, měl 10 let.

Pacient má 3 žijící sourozence, nejmladším sourozencem je sestra, se kterou vychází nejhůř, 2 starší bratři mají své rodiny, s mladším bratrem vychází nejlépe, kontakt naváže maximálně jednou za rok telefonicky. Dětství pacient hodnotí jako pěkné, míval pár kamarádů, nestránil se kolektivu.

Na gymnáziu se učil průměrně, v kolektivu dobré postavení, býval spíš srandista než vážný. Na vysoké škole se mu nelíbilo, nic jej tam nebavilo, vše bylo velmi složité, vždy se moc těšil domů. Po roce studium přerušil a rok pracoval jako pomocný dělník. Před návratem na vysokou školu došlo k rozvoji psychózy.

Zdravotní anamnéza:

V průběhu studia na vysoké škole se u pacienta začaly objevovat pocity sledování, neměl však dojem, že by jej sledovala nějaká konkrétní osoba, měl proto nechuť chodit mezi lidi, nejraději byl sám doma a pouštěl si hudbu. O prázdninách odjel za prací do zahraničí, myslel si, že se stav zlepší, ale naopak, došlo k zvýraznění potíží, špatně spal. Měl děsivé sny, objevily se depresivní nálady s myšlenkami na smrt, začal promýšlet způsoby realizace. Občas slyšel nějaké kroky, hlasy, šepot, slovům však nerozuměl. Viděl i nějakou černou postavu, bezdůvodně ho to táhlo k oknu a nutilo ke skoku.

Na doporučení ambulantního psychiatra byl pacient poprvé v roce 1984 hospitalizován pro paranoidně – depresivní syndrom při rozvoji schizofrenní psychózy. Ke 2. hospitalizaci došlo hned po 3 měsících pro dekompenzaci zdravotního stavu, kdy byla potvrzena diagnóza paranoidní schizofrenie. 3. hospitalizace po 5 letech následoval rozvoj sluchových halucinací, pocitů pronásledování a ohrožení. Pod vlivem bludů konflikty s družkou. Hospitalizace byla ukončena předčasně útekem pacienta z léčebny. 4. hospitalizace byla započata překladem z JIP po závažné intoxikaci v suicidálním úmyslu. Při přijetí bezradný, úzkostný, výrazné depresivní ladění, přítomnost imperativních halucinací, vzdálen od reality. V průběhu hospitalizace došlo postupně opět ke zlepšení stavu, náhledu chorobnosti, velmi dobře zapojen do psychoterapie psychóz a arteterapie.

K dalším rehospitalizacím docházelo u pacienta v průměru jednou za dva roky. Aktuálně je od září 2016 po 10. hospitalizován v psychiatrické nemocnici, kdy je diagnostikována již paranoidní schizofrenie s postprocesuálním defektem osobnosti.

Sociální anamnéza:

Po ukončení studia na vysoké škole žil pacient s matkou v bytě 2+1, krátce s přítelkyní v podnájmu asi půl roku, pro neustálé neshody se rozešli a pacient se vrátil zpět k matce do bytu, kde spolu bydleli do roku 2012, kdy matka zemřela. Na návrh sourozenců se byt ještě téhož roku prodal. Pacient s prodejem v podstatě souhlasil, v bytě se již necítil dobře. Za prodej bytu vyplacena pacientovi poměrná část v hodnotě 193 000,- Kč. Zpočátku bydlel v podnájmu, po 3 letech peníze z prodeje vyčerpány, od té doby bydlí na ubytovnách či azylových domech. Nyní je prakticky osobou bez přístřeší.

Nejčastěji pracoval jako dělník nebo číšník. Od roku 1986 má přiznaný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Od té doby si přivydělával jen příležitostnými brigádami. Momentálně je jeho jediným příjmem invalidní důchod 3. stupně v částce 7 750,- Kč, příspěvek na péči nepobírá, žije sám po ubytovnách. Přestupkovou komisí byla pacientovi uložena pokuta v částce 1000,- Kč za rušení nočního klidu v důsledku dekompenzace duševního onemocnění. Neměl vyřízené přeposílání pošty, a tak se k němu korespondence ohledně pohledávky dostala opožděně. Při dlouhodobém vymáhání pokuty náklady vzrostly na částku 14 820,- Kč, kterou nyní splácí po 850,- Kč měsíčně, chybí doplatit 5317,- Kč.

Od roku 2015 má požádáno o umístění do domova se zvláštním režimem, kde je zařazen do pořadníku čekatelů. Kapacita zařízení je dlouhodobě naplněná, nyní je na 31. místě. Do září 2016 bydlel necelého půl roku v chráněném bydlení pro psychotiky. Jednalo se o tří-

pokojový byt, měl k dispozici pro sebe 1 pokoj. Sociální službu opustil z důvodu častých neshod se sousedem, neustále si od něj půjčoval peníze, které nevracel, pacienta to obtěžovalo, nedovedl se ubránit jeho nátlaku, proto se přestal v bytě cítit dobře. Aktuálně je pacient hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Současně má požádáno o chráněné bydlení v sociální rehabilitaci.

KAZUISTIKA č. 2

Aleš, ročník 1964

Osobní anamnéza:

Jedná se o 53letého rozvedeného, bezdětného, svéprávného muže, nekuřáka. Navštěvoval jesle i mateřskou školu, základní školu vyšel s průměrným prospěchem, bez kázeňských přestupků. Je absolventem SOU elektrotechnického s maturitou. Po maturitě nastoupil na VUT, elektrotechnickou fakultu, po 2 semestrech z vysoké školy odešel a nastoupil na základní vojenskou službu. Poté pracoval v dělnických profesích, od roku 1998 invalidní důchodce z psychiatrické indikace. Od mala otcem veden ke sportu, do 23 let závodně sportoval. Později zájem o východní filozofii a náboženství, přírodu a planetu.

Rodinná anamnéza:

Otec 77 let, nedokončil poddůstojnickou školu, byl nucen pracovat v dělnické profesi, na šachtě, později si dostudoval speciální pedagogiku, aby mohl trénovat dorost, často cestoval, dělal i vychovatele, nyní starobní důchodce, po 4 operacích srdce, měl infarkty, jinak zdravý a stále aktivní. Matka, administrativní pracovnice, spíše ochranné povahy, zemřela v 75 letech. Když bylo pacientovi 18 let, rodiče se rozvedli, otec si založil novou rodinu. S rozvodem rodičů se nemohl dlouho smířit. Pacient a mladší bratr zůstali s matkou v 3pokojovém bytě. Bratr, 49 let, profesionální trenér, se později v dospělosti odstěhoval za otcem. S otcem se pacient neviděl několik let. Bratr nemocného navštěvuje maximálně 2x do roka.

Později se pacient oženil a odstěhoval za manželkou, ale po dvou letech se rozvedli kvůli problémům, které mu přinášela depresivní nálada. Po rozvodu se přestěhoval zpět k matce. Partnerku již nemá spousty let, dal se dobrovolně na duchovní cestu. Dětství hodnotí pacient jako vcelku spokojené, s rodiči vycházel, otec velmi autoritativní, výchova tvrdá, používal i fyzické tresty, kladl velký důraz na výkon ve sportovních aktivitách, což pacient později hůře snášel a začal tlaku unikat prostřednictvím vymyšlených zdravotních problémů. Pacientův bratranec z otcovy strany se ve 20 letech zastřelil z neznámých důvodů služební zbraní.

Zdravotní anamnéza:

V dětství nebyval vážněji nemocný, asi 3krát v bezvědomí po otřesu mozku, měl několik sportovních úrazů. Na střední škole se začaly projevovat první problémy. Velmi jej trápily

závažné duševní a ekologické problémy – smog, hluk, panika a stres velkoměsta. Studium na vysoké škole považuje za omyl. Bylo to velmi těžké, velká zátěž, necítil se vůbec dobře, náročné na psychiku. Na vojně měl 2 roky velké problémy, chyběl mu volný pohyb, polovinu vojny se nevy spal, neustálý drill, první úzkosti.

Po vojně začal pracovat. Větší emoční rozlady se začaly objevovat před rozvodem v roce 1991, ale v té době psychiatrii nenavštívil. Po rozvodu se přestěhoval zpět k matce a začal pracovat opět ve svém oboru, ale třísměnném provozu. To jej ničilo fyzicky i duševně, bylo to velice nezdravé prostředí. Začal se chovat podivně, vedl samomluvu. Matka tušila, že by se měl jít léčit, nedlouho odmítal.

Od roku 1995 začal docházet nepravidelně do psychiatrické ambulance, kde diagnostikována schizofrenie, zde mu předepisovali léky, necítil se po nich dobře, hodně jej tlumily, byl dost zpomalený a ospalý, proto přestal léky užívat a chodit na kontroly. Zdravotní stav se postupně zhoršoval, chodil po venku pouze v bederní roušce, hovořil sám pro sebe, napadal verbálně své okolí, vyhýbal se umělému osvětlení, neustále otvíral okna a dveře, aby vyrovnal energetické hladiny. Léky neužíval minimálně 10 let.

V roce 2008 stav vyvrcholil konfliktem se sousedkou, ohrožoval okolí z důvodu psychotické poruchy. Proto zadržen a dodán policií ČR k první hospitalizaci na uzavřeném oddělení za účelem vypracování znaleckého posudku z oboru psychiatrie. Znalec jej vyšetřoval pro trestný čin výtržnictví. U pacienta vyexporovány intrapsychické halucinace, pseudofilozofování, selhávání v abstraktním myšlení, rozvolněné asociace. Zájem o východní náboženství a přírodní způsob života. V té době již diagnostikována paranoidní schizofrenie. Po nasazení medikace zdravotní stav postupně zlepšen, zapojen do pracovní terapie, přeložen na psychorehabilitační oddělení, zde provedena ergoterapie, skupinová terapie, vycházky, dovolenky v domácím prostředí. Na naléhání pacienta i matky léčba nedokončena, při propuštění bez floridní psychotické symptomatologie, sklon k planému filozofování, přítomen již postpsychotický defekt osobnosti.

Do psychiatrické ambulance po propuštění nedocházel, nemedikoval. Po 8 letech došlo na doporučení ambulantní psychiatricky k rehospitalizaci, kdy byl pacient při příjmu značně zanedbaný, podvyživený, somatická slabost, horší mobilita, autistické myšlení, s plochou emotivitou, pseudofilozofováním, paranoidně nastavený, bizarnosti ve vizáži i chování, autistický, značné projevy sociální izolace. Zamedikován, postupně zdravotní stav upraven. Po sdělení úmrtí matky depresivní ladění, úzkostný, nálady situačně pokleslá, lékařem

proveden podpůrný pohovor, s psychologem mluvit nechtěl. Po dvou měsících klidnější, vyrovnanější, bez větších problémů dochází do pracovní terapie.

Sociální anamnéza:

Po ukončení studia a absolvování základní vojenské služby začal pracovat v textilním závodě jako elektrotechnik, tehdy ještě závodně sportoval. Jeho manželství trvalo necelé 2 roky, nerozuměli si, děti neměli. Další známost již neměl. Po rozvodu se nastěhoval zpět k matce do původního bytu, pracoval několik let v místě bydliště, občasné neshody, velký tlak na výkon.

V roce 1995 propuštěn z práce pro nadbytečnost, 3 roky nezaměstnaný, vedený na úřadu práce, na naléhání ambulantního psychiatra přistoupil na vyřizování invalidního důchodu. Posudkovým lékařem mu byla přiznána invalidita 3. stupně. Na brigádách nevydržel, byl unavený, špatně se soustředil. Po léčích se cítil unavený, proto je přestal užívat a do ambulance nedocházel.

V roce 2008 v době první hospitalizace vypracován znalcem z oboru psychiatrie znalecký posudek z důvodu opakovaných slovních rozepří se sousedkou, vyvrcholených tím, že do sousedky strčil násadou smetáku, který držela v ruce. Sousedka ztratila rovnováhu a spadla ze schodů. Výsledkem znaleckého zkoumání bylo zastavení trestního stíhání pro nepřítomnost, ke spáchání trestného činu došlo v důsledku akutní fáze psychotického dlouhodobě trvajících onemocnění. Vzhledem k prodělané 4 měsíční léčbě na lůžkové psychiatrii, okresní soud rozhodl o uložení ochranného léčení psychiatrického v ambulantní formě.

Zpočátku pacient docházel na ambulantní kontroly v doprovodu matky, později už neměla sílu a její zdravotní stav i pokročilý věk již matce neumožňovali na synovu léčbu pečlivěji dohlížet. Po osmi letech psychiatrickou ambulancí odeslán k druhé hospitalizaci. Pacient bez dokladů, občanský průkaz mu byl odcizen před 2 lety, proto požádáno o nový doklad totožnosti. Na počátku hospitalizace s matkou domluveno dodání rodného listu a kapesného k vyřízení dokladu. Po týdně matka opakovaně bezvýsledně telefonicky kontaktována. Prostřednictvím ambulance zjištěno, že matka je vážně nemocná a podstupuje předoperační vyšetření. Později se podařilo sehnat telefonický kontakt na bratra, který matku i nemocného neviděl půl roku. Současně na naléhání sousedů byl byt otevřen policií ČR, matka zde nalezena mrtvá, den úmrtí již nebylo možné stanovit, proto nebyl vystaven úmrtní list a dědické řízení se protáhne.

Zdravotní stav pacienta je chronifikován a není možné, aby v bytě sám fungoval. Bratr pracovně velmi vytížený, jeho bydliště vzdáleno 130 km od nemocného. Bratr uvažuje o prodeji bytu a případné koupi bytu pro pacienta v místě svého bydliště. Aktuální hospitalizace nadále trvá, pacient má současně požádáno o domov se zvláštním režimem ve městě, kde bydlí bratr. Toto zařízení plánuje zřízení několika tréninkových bytů formou chráněného bydlení. Protože aktuální výše invalidního důchodu pacienta je pouze 6 920,- Kč, podíl z prodeje bytu hodlají bratři použít na dorovnání úhrady za pobyt v této sociální službě.

KAZUISTIKA č. 3

Dušan, ročník 1974

Osobní anamnéza:

Jedná se o 43letého, svobodného muže, omezeného ve svéprávnosti na finance a v pracovních právních vztazích, je osobou prakticky bez přístřeší. Narodil se jako druhé dítě v pořadí. Do základní školy začal chodit v 6 letech, do 8. třídy měl vyznamenání. Od malička svérázný, v pubertě se chování zhoršilo. Je absolventem gymnázia, zde měl opakovaně snížené známky z chování, místo docházky do školy prodával noviny, jezdil po Evropě, odmaturoval na druhý termín. Na vojně nebyl. Po ukončení studia jezdil na brigády do Holandska, kde pracoval ve skleníku, také opravoval byty, pak na rybářské lodi ve Francii. V ČR soustavně nikdy nepracoval, pouze 3krát v evidenci úřadu práce, po dobu 2 let, vyřazen pro nesoučinnost. Je otcem 15letého syna, kterého vychovává matka dítěte. Od roku 1999 je invalidní důchodce ve 3. stupni invalidity. V mládí zájem o cestování a vše kolem kosmu, judo a hudba.

Rodinná anamnéza:

Otec 64 let, zdravý přiměřeně svému věku, voják ve výslužbě, aktivní, stále dojíždí za prací. Matka 58 let, opatrovnice, opakované gynekologické operace, léčena pro záživací potíže. Absolventka střední zemědělské školy, dodělala si nástavbu, ekonomický obor, živila se jako účetní. Nyní je společnicí v malé tiskárně, celý týden je v Praze, na víkendy dojíždí domů. Vztah rodičů konfliktní, bydlí spolu jen formálně, nerozvedeni, ale jinak má každý svůj život. Pacient se narodil na Slovensku, rodina se přestěhovala na Moravu, když mu bylo 10 let. Má o rok starší sestru, zdravá, vdaná, vysokoškolačka, zaměstnaná. Bratra má mladšího o 10 let, je také zdravý, svobodný, vyučený, zaměstnaný jako soustružník. Se sourozenci vychází celkem dobře, vidí se ale maximálně 2x do roka.

Nikdo z rodiny se neléčil na psychiatrii, neměl problémy s alkoholem či drogami, nebyl ve výkonu trestu odnětí svobody, nesuicidoval. Pacient měl spousty známostí, jen s matkou svého syna žil ve společné domácnosti 3 roky, v poslední době měl krátké známosti, nyní žádný vztah nemá.

Zdravotní anamnéza:

Porod byl komplikován, narodil se přidušený pupeční šňůrou, další psychomotorický vývoj v normě. Prodělal běžné dětské choroby, tonsilektomii, jinak v dětství nebyval nemocný.

V devíti letech měl úraz hlavy s bezvědomím, následovala krátkodobá hospitalizace na traumatologii, asi 2 roky dispenzarizován.

Od 15 let kouří nepravidelně, alkohol příležitostně, zkoušel všechny tvrdé drogy. Automaty hrál asi 7 let. První pobyt na psychiatrii proběhl v roce 1998, důvodem bylo patologické hráčství, absolvoval nácvikový program pro patologické hráče, při léčbě spolupracoval, nácvikové úkoly plnil. Měl však potíže dodržovat režim oddělení, který opakovaně drobně porušoval (pozdní vstávání, pozdní návraty z vycházek, neodevzdaný deník, atd.) Toto porušování vedlo k předčasnému propuštění.

V roce 1999 byl hospitalizován podruhé po suicidálním pokusu pořezáním při akutní intoxikaci psychoaktivní látkou u disponované osobnosti se schizoidními rysy, paranoiditou, s abusem alkoholu a polymorfní závislostí na návykových látkách (marihuana, opiody). Již dominovaly osobnostní rysy, nespolupracoval, arogantní, psychopatické postoje. Proti radě lékaře v doprovodu matky hospitalizace ukončena předčasně po 14 dnech.

Ještě téhož roku následovala 3. hospitalizace, odeslán ambulantním psychiatrem, který byl přivolán policií ČR na služebnu. Nemocný se dostavil zmatený nahlásit znásilnění holčičky, náhle se mu zjevila, bylo to jak blesk, pak se rozpršelo. Pacient klidný, spolupracující, kontakt ochotný, myšlení s paranoidními a religiozními bludy, paralogie, zrakové i sluchové halucinace. Diagnostikována paranoidní schizofrenie, sekundárně abusus THC. Zaléčen, stav upraven, prověřen dovolenkami v místě bydliště. Po přeléčení propuštěn v doprovodu otce do ambulantní péče, kde docházel pravidelně 2 roky, v místě bydliště navštěvoval stacionář pro duševně nemocné. Poté začal cestovat, nemedikoval.

4. hospitalizace po 5 letech. Na interní oddělení byl přivezen rychlou záchranou pomocí pro podchlazení, nalezen v noci u silnice. Po ošetření nohou z interny přeložen na psychiatrii, kde udává zvláštní pocity, paranoidní vůči rodině, bez náhledu na onemocnění, aktivní psychotický stav.

Sociální anamnéza:

Před první hospitalizací prohrál přes 500 000,- Kč, dluhy neměl, peníze byly z dědictví po babičce. V roce 2006 matka podala návrh na omezení svéprávnosti. Znalcem z oboru psychiatrie vypracován posudek, kde je konstatováno, že posuzovaný je pro svoji nemoc snadno zneužitelný, v tom směru, že podepíše jakoukoliv smlouvu, tedy i takovou, která je pro něj nevýhodná a není vůbec schopen domyslet důsledky. Proto následně omezen ve svéprávnosti v tom smyslu, že není schopen nakládat s finančními prostředky převyšující-

mi částku ve výši jeho invalidního důchodu, nakládat s majetkem a majetkovými právy, jež svou hodnotou tuto částku převyšují a nabývat práva a povinností v pracovněprávních vztazích. Funkci opatrovníka zastává matka. Nemocného navštěvuje pravidelně jednou za týden.

Pacient je invalidní důchodce, výše jeho důchodu činí 4880,- Kč. V témže roce byla soudem schválena dohoda rodičů, dle které byl pacientův nezletilý syn svěřen do výchovy matky a pacient má vyživovací povinnost k nezletilému ve výši 500,- Kč měsíčně. VZP mu byl vyměřen dluh na zdravotním pojištění ve výši 65 000,- Kč (za dobu, kdy cestoval v zahraničí). Opatrovnice vyřídila splátkový kalendář a pohledávku splácí v částce 450,- Kč měsíčně, aktuální nedoplatek činí 42 700,- Kč.

Pokud pacient necestoval, bydlel na chalupě, která je v dezolátním stavu. Rodina je již vyčerpaná, chtějí podat žádosti o umístění do domova se zvláštním režimem, pacient však odmítá, proto matka zvažuje požádat soud o rozšíření rozsahu omezení svéprávnosti. Jelikož má pacient velmi nízký příjem, je matka ochotna synovi na úhradu za případný pobyt v zařízení dopláct.

KAZUISTIKA č. 4

Pavel, ročník 1981

Osobní anamnéza:

Jedná se o 36letého, svobodného, bezdětného, svéprávného muže, kuřáka. Na základní škole bez pozoruhodností, absolvent střední průmyslové školy. Po škole šel hned pracovat do firmy, kde byl 1 rok do nástupu na základní vojenskou službu. Na vojně byl rok u spojařů. Po vojně necelý rok evidován na úřadu práce. Poté si našel práci, 4 roky pracoval v obuvnickém průmyslu. Když jej propustili z organizačních důvodů ze zaměstnání, zaevidoval se na úřadu práce. Po 3 letech vyřazen z evidence pro nesoučinnost, zapomněl přijít na schůzku. Od roku 2015 invalidní důchodce z psychiatrické indikace.

Rodinná anamnéza:

Otec chronický neléčený ethylik, v 54 letech zemřel, když bylo pacientovi 22 let, dostal zánět slinivky břišní, genetická zátěž pro neuropsychiatrické onemocnění. Byl uzavřenější povahy, později pracoval jen příležitostně. Matka 61 let, je invalidní pro neurastenické potíže, dlouhodobě neléčená, téměř nevychází z domu, žije izolovaně, v minimálním kontaktu s vnějším prostředím. Mladší bratr na psychiatrii léčen pro závažnou psychotickou epizodu. Mladší sestra vysokoškolsky vzdělaná, obor ekonomie, je zdravá, dobře profesně i sociálně adaptovaná, po ukončení studia na vysoké škole se již domů nevrátila, je zaměstnaná, bydlí s přítelem 200 km od domova. Rodina pacienta je ve vesnici považována za podivíny, jedná se sociálně velmi slabou rodinu, oba bratři dlouhodobě nezaměstnaní, bez příjmů.

Zdravotní anamnéza:

Raný psychomotorický vývoj probíhal v mezích normy. Zdravotní stav bez pozoruhodností až do vzniku psychiatrického onemocnění. Prakticky celoživotně cíleně se vyhýbal kontaktům s lékaři. V období druhé evidence na úřadu práce se manifestovala latentně probíhající psychická porucha sociálním selháváním, přestal docházet na úřad práce a v té době už nebyl schopen zařadit se na trhu práce, ani do širšího sociálního prostředí. Má drobné zkušenosti s užíváním návykových látek v mezích tolerovaných společností, zejména nikotinu a nárazového konzumu alkoholu, které je ale k jeho psychiatrickému onemocnění sekundární.

První kontakt s psychiatrií v roce 2014. Hospitalizace na psychiatrii byla indikována akutně, bez odkladu. Opakovaně masturbuje na veřejnosti, udává hlasy, řídí ho mimozemšťané. Při přijetí kontakt neochotný, vzdálený, vyhýbavý, místy nepřiléhavé úsměvy, tenzní, vzdálen od reality. Dle CT vyšetření byla zjištěna odchylka ve struktuře mozku, která je indikována k dalšímu sledování, případně k neurochirurgickému léčení. Dle psychologického vyšetření výrazně narušená pracovní paměť, omezená schopnost učení. Diagnostikována akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie. Zamedikován, postupně po 2 měsících zapojen do pracovní terapie, vycházky. V doprovodu bratra povolena dovolenka v místě bydliště, ze které se již nevrátil. Po ukončení hospitalizace nedocházel do žádné ambulance, nebral léky, proto v poměrně krátkém období došlo k rehospitalizaci na psychiatrickém lůžku.

Po 6 měsících přivezen rychlou záchranou pomocí na doporučení praktické lékařky. Chodí po obci, zvoní na zvonky a povolává nesmyslné věty. U sousedů na zahradě začal kopat hlubokou jámu, tvrdí, že je to jediná možnost. Při vstupním vyšetření zanedbaný, špinavé oblečení, neučesané nemyté dlouhé vlasy, neupravené nehty, dlouhé vousy. Šeptá si pro sebe, otáčí se ke dveřím, rozhlíží se do stropu, vede samomluvu. Diagnostikována duševní porucha simplexní schizofrenie s nepříznivým průběhem, nemoc probíhá již dlouhou dobu, je chronifikována. Při předchozí hospitalizaci pacient nedoléčen, pobyt předčasně ukončen. Onemocnění probíhá v nevýrazných plíživých atakách, pacient již není schopen samostatně dodržovat léčebná opatření.

Sociální anamnéza:

Vyrůstal jako nejstarší z 3 sourozenců, ve značně subkulturních poměrech, dosud se neosamostatnil. Neměl nikdy partnerský vztah, pouze využil služeb v erotickém klubu. Od smrti svého otce žil nadále v rodičovském domě společně se svou matkou a mladším bratrem. Vztahy v rodině jsou méně konvenční. Situace se rapidně zhoršila po smrti otce, žijí samotářským a uzavřeným způsobem života.

Pacient veden dlouhodobě v evidenci na úřadu práce, později vyřazen. Dlouhodobě bez jakéhokoliv finančního zabezpečení. Mladší bratr také bez financí. Všichni 3 žili asi 6 let pouze z invalidního důchodu matky ve výši 7 690,- Kč. Po předčasném ukončení první hospitalizace nebyl pacient schopen zaevidovat se v psychiatrické ambulanci, na úřadu práce ani nesehnal práci, opakované konfliktní vztahy v obci, soused nemocného hrubě uráží, pacientovi otrávil psa. Vzhledem k závažnému zdravotnímu stavu v době 2. hospita-

lizace požádáno o invalidní důchod se zpětnou platností. Sestra přizvána ke spolupráci při vyřizování potřebných dokladů. Podařilo se jí sehnat vše potřebné. Posudkovým lékařem stanovena invalidita 3. stupně od prvního dne předchozí hospitalizace, tedy 6 měsíců zpětně, včetně zpětné výplaty v částce 42 720,- Kč za tyto měsíce. Výše invalidního důchodu aktuálně činí 7120,- Kč.

V době, kdy byl pacient nezaměstnaný a nevidovaný na úřadu práce, mu vznikl dluh na zdravotním pojištění ve výši 60 050,- Kč. Jednorázově uhrazena částka 40 000,- Kč, na zbytek dluhu domluven splátkový kalendář 1 800,- Kč měsíčně. S pacientem založen účet u banky, kde navedena platba důchodu. Stanoven příkaz k bezhotovostní úhradě dluhu na zdravotním pojištění a k pravidelnému zasílání kapesného na lůžkovou psychiatrii.

Sestra nemocného na lůžkové psychiatrii navštěvuje 3x za rok, občas dojíždí i domů za matkou a bratrem. Vrátit se již do místa původního bydliště nechystá. Nemocného si k sobě nastěhovat nemůže, bydlí v garsonce. S počtem proběhnutých dlouhodobě neléčených psychotických epizod se velmi rychle zhoršuje psychická kondice nemocného. Působí ve svém sociálním okolí stigmatizovaným dojmem. Selhávání se postupně propadlo až na pudovou úroveň. Zanedbává svou osobní hygienu i výživu, nutno stále dohlížet. V rodině není nikdo, kdo by o něj pečoval 24 hodin denně, proto požádáno o 4 domovy se zvláštním režimem.

KAZUISTIKA č. 5

Marek, ročník 1981

Osobní anamnéza:

Jedná se o 35letého svobodného, bezdětného, svéprávného muže. Vyšel 9 tříd základní školy s podprůměrným prospěchem, vyučen strojním mechanikem pro NC zařízení. Základní vojenskou službu neabsolvoval. Pracoval mimo obor, v hotelu, v cukrárně jako pomocný cukrář, prodej na trhu, dále jen brigádně vysazování stromků atd. Je invalidní důchodce. Bydlel po ubytovnách, poté v azylových domech, je prakticky bezdomovec. Rád jezdí na kole, sbírá houby.

Rodinná anamnéza:

Biologického otce nikdy neviděl, údajně byl Chorvat, závislý na alkoholu, v 30 letech spáchal sebevraždu. Matka 67 let, je vyučená švadlena, nyní ve starobním důchodě, kardiologické problémy. Matce se narodil za svobodna, v jeho 6 letech se vdala. Krátce po svatbě se narodil bratr. Je mu nyní 27 let, zdravý, vysokoškolák, voják z povolání, z primární rodiny se odstěhoval po ukončení studia, nestýkají se. V 7 letech byl pacient adoptován manželem své matky, na výchově se podíleli převážně matčini rodiče. Doma často fyzické tresty. Babička s dědou na něj byli hodní. Nevlastní otec horník, v 60 letech zemřel na infarkt, vztahy spíš formální. Pacient se z rodiny odstěhoval hned po vyučení. Bydlel tam, kde aktuálně pracoval, různě v podnájmů, nebo na ubytovnách, občas jen tak na ulici. Sexuální partnerku nikdy neměl, děti mít nechce.

Zdravotní anamnéza:

V dětství nebyl vážněji nemocný, prodělal úrazy – přetnutí šlachy na palci pravé ruky, rozbitá hlava, v bezvědomí nebyl, alergií nemá. Alkohol nepije, s drogami jen experimentoval. V 25 letech byl poprvé v psychiatrické ambulanci, dovedla jej tam babička, choval se podivně, zamykal se v pokoji, nechtěl s nikým komunikovat, předepsali mu léky, ale on je po měsíci vysadil, vadily mu, chtěl jít do práce.

Po roce poprvé hospitalizován na psychiatrii pro psychotickou poruchu schizofrenního okruhu. Lékař konstatoval, že onemocnění se rozvíjelo dlouhodobě, zřejmě již několik let. Zamedikován, po dlouhodobé intenzivní léčbě se duševní porucha nacházela v remisi, došlo ke zmírnění psychotické produkce, zlepšení jeho sociální adaptace, po propuštění zařazen do stacionáře, kde vydržel půl roku.

Poté se rozhodl, že půjde do práce, ale nezvládl to. Měl pocit, že jej lidé na dílně sledují, vykládají si o něm, nejraději by se ho chtěli zbavit. Následovala 2. hospitalizace, kdy produkoval masivní bludnou produkci. Popisováno neadekvátní chování, neklid, nespolupráce, paralogie, nekritičnost. Po 5 měsíční léčbě zdravotní stav upraven, klidný, bez floridních příznaků. Do psychiatrické ambulance docházel asi 2 měsíce, poté přestal užívat léky a začal se toulat, žil jako bezdomovec. Při 3. hospitalizaci na psychiatrii diagnostikována paranoidní schizofrenie s postprocesuálním defektem osobnosti, která znovu vzplála po vysazení medikace. Vůči svému onemocnění není kritický.

Sociální anamnéza:

Pacient je od vyučení prakticky bez domova. Od úmrtí babičky neměl téměř žádné rodinné zázemí. S matkou se nechtěl vidět několik let, po úmrtí nevlastního otce jej matka kontaktovala, pacient opakovaně setkání odmítal. Několik let se živil příležitostnou prací, později jen brigádami. 1 rok v evidenci na úřadu práce, vyplácen dávkou hmotné nouze, příspěvkem na živobytí ve výši 3410,- Kč. Doplatek na bydlení nepřiznán, nebyl schopen doložit smlouvu o pobytu na ubytovně.

Po sankčním vyřazení z evidence úřadu práce byl pacient dva měsíce bez nároku na výplatu dávky. V období 2. hospitalizace požádáno o zahájení invalidního řízení. Od roku 2014 je pacient v invalidním důchodu, jeho výše činí 3790,- Kč. Když důchod utratil, musel se do další výplaty živit, jak se dalo. Několikrát byl i o invalidní důchod okraden. Před aktuální hospitalizací žil v opuštěné usedlosti na samotě. Objekt je v havarijním stavu, ve dvou místnostech jsou propadlé stropy, bez pitné vody, topení a elektřiny. U domu je starý sad, kde sbíral v létě zralé ovoce a vozil je do sběrný, aby si přivydělal.

Vzhledem k nevyhovujícímu bydlení požádáno o chráněné bydlení pro psychotické pacienty, zařazen do pořadníku. V době aktuální hospitalizace pacienta navštívila neohlášeně matka, byli společně na vycházce po areálu nemocnice. Začali spolu i telefonicky komunikovat. Po 2 měsících pacient jezdí k matce na pravidelné dovolenky. Předběžně domluveno, že by se mohl k matce po ukončení léčby nastěhovat.

KAZUISTIKA č. 6

Milan, ročník 1968

Osobní anamnéza:

Jedná se o 49letého vdovce, otce 4 dětí, nevojáka, invalidního důchodce z psychiatrické indikace, omezeného ve svéprávnosti na finance. Do základní školy začal chodit v 6 letech, opakoval 5. třídu, měl problémy s docházkou, podprůměrný prospěch. Na SOU stavebním snižené známky z chování, nedoučen. Celoživotně pracoval manuálně ve výrobním družstvu invalidů jako manipulant. Když byl mladší, rád kutil, vše kolem domku, práce na zahradě.

Rodinná anamnéza:

Narodil se jako druhé dítě v pořadí. Nemá sourozence, starší sestra zemřela krátce po narození. Pochází z primárně funkční, disharmonické rodiny, rodiče se rozvedli, když mu bylo 10 let. Matka vyučená šička, později invalidní, od 23 let trpěla psychózou schizofrenního typu, v 52 letech zemřela v ústavní péči na zápal plic. Otec tiskař, zemřel v 69 letech na Alzheimerovu chorobu. Po rozvodu žil dále s otcem v jeho nové rodině s macechou a jejími dvěma staršími dětmi, výchova poměrně přísná. Odešel od nich v 18 letech, vrátil se do bydliště matky, která byla již v té době také znovu vdaná.

Oženil se v 19 letech, je otcem 3 dospělých dětí, z nich dvě starší dcery již mají své rodiny, zdravé, zaměstnané. Jelikož byl pacient omezen ve svéprávnosti na finance, starší dcera aktuálně ustanovena opatrovníkem. Syn je svobodný, vyučený, po úmrtí matky hospitalizován na psychiatrii pro depresivní syndrom. Dále je pacient otcem nemanželského dítěte, nic o něm neví, alimenty na něj neplatil. S manželkou a dětmi bydlel v rodinném domku, později na ubytovně. Manželka zemřela náhle na srdeční zástavu ve 45 letech.

Zdravotní anamnéza:

Prodělal běžné dětské nemoci. Je kuřák, alkohol jen příležitostně, drogy žádné. Psychické problémy pouze z matčiny strany, otcova rodina bez psychiatrické zátěže. Od 16 let je v psychiatrické péči. 1. hospitalizace s diagnózou syndromu senzitivní vztahovačnosti, ještě téhož roku 2. hospitalizace s již vyjádřenými psychotickými příznaky, stav uzavřen jako paranoidní schizofrenie se simplexními rysy. Po 10 letech 3. hospitalizace po vysazení medikace došlo k relapsu onemocnění s pocity sledování, labilní efektivitu, hypomanické ladění, bludná produkce. Důvodem k 4. hospitalizaci na psychiatrii bylo hraní na výherních

automatech, během pobytu bez floridní psychotické symptomatologie, proto mohl absolvovat nácvikový program pro patologické hráče, režim dodržoval, spolupracoval. Později operace varixů, kloubů v důsledku pracovního zařazení, manipulace s těžkými materiály.

Aktuální hospitalizace na psychiatrii pro akutní zhoršení zdravotního stavu v důsledku náhlého úmrtí manželky a exekucí. Bezradný, vztahovačný, paranoidní percepce, přiznává suicidální tendence, výrazný váhový úbytek. Zdravotní stav dlouhodobě neuspokojivě kompenzován.

Sociální anamnéza:

Pacient od mládí invalidizován. V důsledku raného rozvoje vážného duševního onemocnění nedoučen, neabsolvoval základní vojenskou službu. Od 18 let v plném invalidním důchodu, současně pracoval v chráněném prostředí, kde mu tolerovali při dekompenzaci zdravotního stavu i občasné pracovní neschopnosti. Dva roky byl i bez výplaty důchodu, to v době, kdy přesáhl limit výše příjvídělku. Později invalidní důchod znovu přiznán.

Ve 44 letech začal hrát automaty, za 3 roky prohrál zhruba 320 000,-Kč, s exekucními i soudními výlohami částka vzrostla na necelých 340 000,- Kč. Doufal, že si hraním přivydělá na placení hypotéky na domek. Manželka chvíli nic netušila. Když se vše dověděla, musel se jít léčit. Po úspěšné léčbě dále pracoval, výdělek obou manželů s výplatou invalidního důchodu v částce 6 950,- Kč však na placení hypotéky a splácení dluhu nestačil. Na rodinný dům uvalena exekuce, manželé byli nuceni se z domu vystěhovat na ubytovnu. V témže roce zemřela manželka.

Při přijetí do psychiatrické nemocnice pacient pouze v 2. stupni invalidity a vystavenou dočasnou pracovní neschopností. Proto požádáno o zvýšení stupně invalidity, OSSZ později přiznán invalidní důchod 3. stupně ve výši 8 950,- Kč. Část dluhu zaplatily dcery. Starší dcera - opatrovnice vyřídila přijatelné podmínky pro splácení zbytku dluhu v částce 2 950,- Kč měsíčně. Je potřeba doplatit ještě 121 050,- Kč. Syn bydlí na ubytovně, má své zdravotní problémy, otce za celou dobu hospitalizace nenavštívil.

Pacient se nemá kam vrátit. Vzhledem k dlouhodobému neuspokojivému stavu by pacient nebyl schopen fungovat samostatně na ubytovně nebo v chráněném bydlení, proto požádáno o umístění do domova se zvláštním režimem. Zařazen do pořadníku čekatelů.

KAZUISTIKA č. 7

Přemysl, ročník 1973

Osobní anamnéza:

Jedná se o 44letého svobodného, svéprávného muže, otce 17leté dcery. Do základní školy začal chodit v 7 letech, absolvoval ji s průměrným prospěchem, v 9. třídě snížená známky z chování. Studoval střední odborné učiliště, obor elektrotechnika, po roce ze školy odešel. Poté nastoupil na Střední průmyslovou školu, obor umělecký kovář. Školu musel na půl roku přerušit kvůli nemoci, po návratu dodělal 3. ročník. Na vojně byl dva roky. Zpočátku pracoval jako řidič, po 4 letech si zařídil malou kovárnu, 3 roky veden jako osoba samostatně výdělečně činná. Kovařina je jeho velkým koníčkem. Později jen krátkodobé pracovní příležitosti. Aktuálně invalidní důchodce.

Rodinná anamnéza:

Narodil se jako druhé dítě v pořadí. Matka má 71 let, po rozvodu rodičů od 3 do 5 let umístěna v dětském domově, pracovala jako administrativní pracovnice u dráhy, nyní ve starobním důchodu, po operaci kyčelního kloubu, žádným psychiatrickým onemocněním netrpí. Otec 73 let, alkoholik, má rakovinu, nestýkají se, matku často fyzicky napadal. Otce skoro nepoznal, rodiče se rozvedli, když byly pacientovi 3 roky. Starší sestra je svobodná, bezdětná, pracuje jako učitelka, léčena pro anorexii. Otec otce hospitalizován na psychiatrii pro závislost na alkoholu.

Pacient vyrůstal s matkou a starší sestrou, vzpomínky na dětství má pozitivní, výchovu hodnotí jako přiměřenou. Partnery matka měla, s žádným z nich však nebydleli ve společné domácnosti. Do 24 let bydlel s matkou. Poté matka prodala původní byt, za prodej dceři pořídila nový byt ve městě a pacientovi malý domek na vesnici. V rámci svých možností domek opravoval. První partnerský vztah vydržel rok, druhý o něco déle, přítelkyně otěhotněla v 16 letech. Narodila se jim dcera, když měla 1 rok, partnerka se s dcerou odstěhovala ke svým rodičům, od té doby se nestýkají. Dlouhodobě bydlí sám.

Zdravotní anamnéza:

Porod proběhl v pořádku, psychomotorický vývoj v normě, prodělal běžné dětské nemoci, tělesně je zdravý. Je kuřák, na střední škole experimentoval s drogami. Na psychiatrii se léčí od 19 let. 1. hospitalizace po konfliktu s matkou, odmítá jídlo, nedodržuje hygienu, kreslí po zdech bytu, šeptá, aby ho neslyšeli ti nahoře. Bylo diagnostikováno psychotické

onemocnění schizofrenního typu. Nešlo vyloučit, že spouštěčem onemocnění bylo nadužívání psychoaktivní látky. Zamedikován, postupně uvolněn režim, dovolenky v místě bydliště. Po 3 měsících propuštěn do ambulantní péče.

Relaps onemocnění po 6 letech, propuštěn z práce pro absenci. 2 týdny byl nezvěstný, toulal se v lese, nalezen hajným v seníku, nedostatečně oblečený, podchlazený, značně zanedbaný. Nekomunikuje, pouze písemnou formou. Nasazena medikace, stav postupně upraven, v pracovní terapii aktivně zapojen v keramické dílně. Po propuštění docházel krátce, asi půl roku do denního stacionáře pro psychotické pacienty.

K dalším rehospitalizacím docházelo v průměru po 2 až 3 letech. Aktuálně jde o 6. hospitalizaci pro sebevražedný pokus v důsledku jeho nepříznivé finanční situace a následné dekompenzace psychotického onemocnění. Při skoku z okna si poranil levou nohu, došlo k trvalým následkům, chůze možná pomocí 2 holí. Hovoří tiše, nesrozumitelně, nepřiléhavě odpovědi, myšlení nekvalitní, sluchové halucinace. Diagnostikována paranoidní schizofrenie s postprocesuálním defektem osobnosti.

Sociální anamnéza:

K manifestaci onemocnění došlo již v průběhu studia. Přesto se pacientovi podařilo učební obor dokončit. Zpočátku pracoval mimo obor, 3 roky byl osobou samostatně výdělečně činnou. Později se zaregistroval na úřadu práce, po roce byl vyřazen pro nesoučinnost. Pro závažné duševní onemocnění mu byl posudkovým lékařem ve 35 letech přiznán invalidní důchod 3. stupně, nyní jej pobírá v částce 4 880,- Kč, dále doplácen státní sociální podporou příspěvkem na bydlení. Bydlí v domku, který je aktuálně v havarijním stavu, je nutné provedení nové elektroinstalace, odpadů a části střechy. Před lety si vzal na opravu nemovitosti půjčky u dvou nebankovních společností. Od té doby splácí 1550,- Kč měsíčně, nutno doplatit ještě 52 000,- Kč.

Zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci na psychiatrickém rehabilitačním oddělení. I po ukončení rehabilitace bude zapotřebí poskytování 24hodinové péče. Matka již není pro svůj pokročilý věk i zdravotní stav schopna o syna pečovat. Přesto jej pravidelně jednou za 14 dní navštěvuje. Sestra je pracovní zaneprázdněná, s matkou je ochotná zprostředkovat prodej nemovitosti a z prodeje zařídit doplacení pohledávky u nebankovních společností, kde si vzal pacient půjčky v celkové hodnotě 160 000,- Kč.

Se souhlasem pacienta bylo požádáno o umístění do domova se zvláštním režimem a souběžně i o příspěvek na péči a mobilitu. Rodina nyní zvažuje podání návrhu na posouzení svéprávnosti, kdy by byl pacient omezen na hospodaření s penězi do výše svého důchodu.

KAZUISTIKA č. 8

Libor, ročník 1974

Osobní anamnéza:

Jedná se 43letého, svéprávného, rozvedeného muže, otce 21leté dcery. Na základní škole podprůměrný prospěch, později absolventem středního odborného učiliště stavebního, dodělal si maturitu v oboru restaurátorství. Po 2leté základní vojenské službě pracoval 3 roky jako restaurátor památkového úřadu. Později registrace na úřadu práce či krátkodobé brigády. Aktuálně invalidní důchodce bez nároku na výplatu důchodu. Rád vaří a poslouchá rádio.

Rodinná anamnéza:

Pochází z původní funkční rodiny. Otec zemřel ve 39 letech na zápal plic. Matka, původem z Francie, byla vyučená prodavačkou, v minulosti léčena pro dg. anomální osobnost s hysterickými rysy, zemřela v 77 letech. O 3 roky starší bratr žije v Anglii, neviděli se 22 let. Pacient byl ženatý 2 roky, nerozuměli si, manželka si našla jiného muže, po rozvodu vychovával dceru sám, alimenty platila velmi nepravidelně. S výchovou mu pomáhala jeho matka. Byt matky sousedil s jeho bytem. Dcera se v 19 letech odstěhovala za svým přítelem, mají 2 děti, otcí se telefonicky ozve maximálně jednou za rok. Od té doby žije pacient sám, partnerku nemá.

Zdravotní anamnéza:

Porod bez komplikací, psychomotorický vývoj v normě, v dětství běžné nemoci, 2 úrazy. V 8 letech jel na kole, srazilo ho auto, krátce v bezvědomí, zlomenina levé ruky. V 16 letech, ve škole na praxi spadl z lešení, otřes mozku, jinak v pořádku. Nekuřák, alkohol jen příležitostně, drogy nebere. Ve 28 letech se stal obětí loupežného přepadení, byl brutálně napaden, zlomená žebra, poranění hlavy s následnou 10denní hospitalizací na traumatologii. Po roce první epileptický záchvat, docházel na pravidelné kontroly na neurologii, užíval antiepileptika.

První hospitalizace na psychiatrii v 30 letech, diagnostikována paranoidní schizofrenie. Přivezen rychlou záchrannou pomocí pro akutní psychózu. V Kauflandu se choval zmatečně, rozhazoval zboží po prodejně, začaly na něj mluvit hračky, říkaly mu, co má dělat, jak se má chovat. Psychický stav postupně upraven, klidný, podrobný, psychotické fenomény odezněly. Na naléhání pacienta po 2 měsících léčby předčasné ukončení hospitalizace

z důvodu péče o nezletilou dceru, neměl o ni kdo pečovat, neboť matka pacienta akutně odvezena do nemocnice s ledvinovou kolikou.

Do psychiatrické ambulance docházel pravidelně 2 roky na injekce. I přesto došlo k dekompenzaci a následné rehospitalizaci na psychiatrii. Při přijetí nespolupracuje, morózní ladění, suicidální tendence, zrakové halucinace. K úpravě stavu došlo až po 5 měsících, zklidněn, propuštěn ve stabilizovaném stavu bez floridní symptomatiky. Do ambulance docházel 3 roky, později přestal chodit na kontroly. Důvodem 3. hospitalizace byl opět dekompenzovaný psychický stav pro lékovou nekázeň, kdy zmateně pobíhal po městě, vyhazoval věci z okna bytu, verbálně agresivní. Značně bizardní vizáž, zanedbaný, dlouhodobě neostříhaný, neoholený, v zimě v bermudách, bez bot. Po nasazení medikace stav upraven do únosné podoby.

Sociální anamnéza:

3 roky pracoval pacient v oboru. Poté propuštěn pro nadbytečnost. Zaevidován na úřadu práce, v době první registrace absolvoval rekvalifikaci, pak pracovní zařazen, ale ve zkušební době pracovní poměr po 2 měsících ukončen. Několik let pracoval pouze brigádně v technických službách, později jako vrátný, krátce v lese. Následovala druhá, dlouhodobá evidence na úřadu práce, později vyřazen pro nesoučinnost, proto 1,5 roku bez finančních prostředků. Matka pacienta i jeho nezletilou dceru musela v té době finančně podporovat.

V období druhé hospitalizace požádáno o zahájení invalidního řízení. V té době přiznána plná invalidita. Pro nesplnění podmínky potřebné doby důchodového pojištění však pacient bez nároku na výplatu důchodu. Proto následně požádáno o dávku hmotné nouze, ta přiznána ve výši životního minima. Příspěvek na péči nepřiznán. Státní sociální podporou doplácen příspěvkem na bydlení, ze kterého pacient hradí nájem. 15 let bydlí v garsonce, která patří Správě městských bytů.

3 roky exekučně splácí pokutu za jízdu na černo v MHD, se soudními a exekučními náklady dluh činil 8 622,- Kč. Splátkový kalendář vzhledem k výši jeho příjmů domluven na částku 200,- Kč měsíčně, chybí doplatit 6 622,- Kč. Před poslední hospitalizací úřadem práce donucen k podání nové žádosti o invalidní důchod z důvodu přehodnocení zdravotního stavu. Kontrola invalidity musí proběhnout jen pro vystavení lékařského posudku a potvrzení, že invalidita, nyní již 3. stupně trvá nadále. Bez tohoto lékařského vyjádření by neměl pacient dále nárok na výplatu hmotného zabezpečení formou příspěvku na živobytí.

Pacient měl zájem o chráněné bydlení, ale protože je tato služba poskytována pouze dočasně, požádáno o umístění do domova se zvláštním režimem dle místa trvalého bydliště. Pacient trvá na propuštění, chce si na umístění počkat v domácím prostředí. Šance na umístění je však vzhledem k jeho příjmům mizivá.

KAZUISTIKA č. 9

Roman, ročník 1966

Osobní anamnéza:

Jedná se o 50letého svobodného, bezdětného, svéprávného muže, nevojáka. Na základní škole měl podprůměrný prospěch, absolvent středního odborného učiliště, obor strojní zámečnický. Ve svém oboru pracoval 13 let, následovala evidence na úřadu práce, kterou svévolně ukončil po 3 letech. Dlouhodobě invalidním důchodcem z psychiatrické indikace. Má rád procházky v lese, rád jezdí na kole.

Rodinná anamnéza:

Otec pracoval v zemědělství, neléčený alkoholik, v opilosti verbálně agresivní. Zemřel v 54 letech na onkologické onemocnění žaludku a střev. Matka měla základní vzdělání, zemřela v 55 letech také na karcinom. V jeho 16 letech se matka od rodiny odstěhovala na Slovensko. Vyrůstal se dvěma mladšími sestrami. Jedna sestra je o rok mladší, schizofrenička, nedoslýchavá, odezírá, domlouvají se posunky, s cizími lidmi nekomunikuje, 2 roky je umístěná v domově se zvláštním režimem. Druhá sestra je mladší o 12 let, je zdravá, svobodná, pracuje jako zdravotní sestra, má 8letou dceru. Ve společné domácnosti s otcem a sestrami bydleli i otcovi rodiče. Na babičku a dědu nemá pacient pěkné vzpomínky, často byli prarodiči fyzicky trestáni, aktuálně již nežijí. Nyní bydlí v rodinném domě sám, nejmladší sestra po ukončení studia pracovala v zahraničí, teď bydlí se svou dcerou mimo rodnou obec, bratra kontaktuje telefonicky 2x do roka.

Zdravotní anamnéza:

Prodělal běžné dětské nemoci, ve 12 letech operace slepého střeva, zlomený kotník, na pravém oku šedý zákal, jinak jen minimální kontakt s lékaři. Zdravotní dokumentace z dětství prakticky neexistuje. Nekuřák, alkohol nepije, drogy nebere.

V 33 letech poprvé hospitalizován na psychiatrii na doporučení praktického lékaře pro déle trvající pocit palčivosti v hrdle, pocity jako by mu chtěl někdo ublížit, nespavost, sousedi se na něj dívají divně, někdo mu na barák napsal hanlivý nápis. Pacient zamedikován, postupně uvolňován režim vycházkami, dovolenkami. Z poslední dovolenky se již nevrátil. Docházel do psychiatrické ambulance.

Po 5 letech úraz. Spadl z 2metrového žebříku, z důvodu poranění levého bérce došlo k hospitalizaci na chirurgii, pro nitrokloubní zlomeninu levého hlezna provedena revize

s fixací šrouby, den po operaci na JIP suicidální pokus pořezáním zápěstí. Odeslán na psychiatrii, kde zklidněn, pacientovi vysvětleno, že bude zase chodit. Po dvou měsících v kompenzovaném stavu propuštěn domů.

Víc jak rok stav stabilizován v ambulantní péči. 3. hospitalizace na psychiatrii pro masivní psychotickou produkci, má pocit, že ho chce někdo otrávit, někdo mu zničil branku, zapíná alarm, slyší hrát rádio, mladší sestra mu nechce půjčit kočárek s dcerou, slovně agresivní i na obyvatele obce. V průběhu léčby zklidněn, zapojen do pracovní terapie, spolupracuje, dovolenky v místě bydliště bez problémů. Po 3 měsících propuštěn.

Další hospitalizace se opakují zhruba po 2 letech. Při aktuální hospitalizaci, hlučnější, pro neúnosné chování doma i na veřejnosti přivezen policií ČR, konflikty s okolím, emočně nepřiléhavý, sluchové halucinace, tenze. Postupně stav upraven, klidnější, dochází do pracovní terapie, přeložen na otevřené psychorehabilitační oddělení. Léčbou v chráněném prostředí se zdravotní stav vždy zlepšil. Při trvale přítomných reziduálních příznacích duševního onemocnění, však plné remise již nelze dosáhnout.

Sociální anamnéza:

V adolescentním věku od rodiny odešla matka, situaci komplikovalo otcovo pití, prarodiče velmi často praktikovali fyzické tresty. Po vyučení pracoval v oboru dlouhodobě u jedné firmy. V 31 letech přišel o práci, byl propuštěn pro nadbytečnost.

Zaregistroval se na úřadu práce, pobíral podporu v nezaměstnanosti, později sociální dávku. Současně v té samé době zemřel otec, jeho smrt nesl velmi špatně, pečlivě pečoval o jeho hrob. Postupně se začala rozvíjet senzitivní vztahovačnost. V evidenci na úřadu práce byl 3 roky, během té doby se mu nepodařilo žádnou práci ani brigádu sehnat. Z nelogických důvodů zrušil registraci.

Dva roky po první hospitalizaci, v 35 letech na naléhání ambulantního psychiatra přistoupil na vyřizování invalidního důchodu. V té době mu byl přiznán plný invalidní důchod. Po operaci kloubů horší hybnost, brigádu se pacientovi nepodařilo sehnat. Po smrti babičky zůstal v rodinném domě bydlet s dědou a nemocnou sestrou. Ta byla velmi často opakovaně hospitalizována s dekompenzací psychózy. Když umřel děda, do domku se nastěhovala mladší sestra, které se zanedlouho narodila dcera. Pro neustálé neshody a vypjaté situace se mladší sestra s neteří po dvou letech odstěhovala, dodnes nechce sourozencům sdělit, kde bydlí.

Aktuálně výše pacientova invalidního důchodu činí 8 450,- Kč, dluhy nemá. Rodinný dům je ve velmi špatném stavu, není zde už téměř žádný funkční nábytek, domácnost je značně zanedbaná, hygienicky nevyhovující.

Onemocnění se projevilo i na vizáži pacienta, je velmi nápadný svým vzezřením i chováním. Po posledním incidentu před aktuální hospitalizací byla obyvateli obce sepsána petice, kde je uvedeno mimo jiné, že již několik let žijí ve strachu. V okolí pacientova domu se pohybují s obavou. Pacient má již 3 roky požádáno o umístění v domově se zvláštním režimem, je na 57. místě v poradníku. Rád by byl ještě před umístěním propuštěn z nemocnice do místa bydliště.

KAZUISTIKA č. 10

Josef, ročník 1987

Osobní anamnéza:

Jedná se o 30letého, svobodného, bezdětného, svéprávného muže, nevojáka. V mateřské škole bez problémů, na základní škole prospíval průměrně, měl sníženou známku z chování pro záškoláctví. Absolvoval střední odbornou školu, obor mechanik – seřizovač, kterou ukončil maturitou. Vystřídal 7 zaměstnání, z toho pouze první dvě v oboru, nikde dlouho nevydržel, měl problémy s docházkou. V 28 letech přiznána invalidita 3. stupně. V mládí hrál fotbal a dělal atletiku, nyní rád poslouchá hudbu.

Rodinná anamnéza:

Narodil se jako nejmladší z 3 sourozenců. Matka 55 let, vyučená prodavačka, pro srdeční vadu má přiznaný 2. stupeň invalidity, jinak vedena v evidenci na úřadu práce. Strýc z matčiny strany léčen se schizofrenií, ve 41 letech suicidoval. Otec má 56 let, základní vzdělání, nedoučen, celý život v dělnické profesi. Pacientova starší sestra, 33 let, svobodná, vysokoškolačka, zaměstnaná, zdravá, žije v Itálii. Mladší sestra, 32 let, základní vzdělání, invalidní pro těžkou zrakovou vadu, bydlí s matkou.

Nadměrné otcovo požívání alkoholu a časté fyzické napadání manželky i dětí vedlo k rozvodu rodičů. Otec se odstěhoval na ubytovnu, později získal byt, ale kvůli alkoholu ztratil práci, pak přišel i o byt. Když měl pacient 13 let, matka se znovu vdala. Nevlastní otec pil také, ale byl klidnější, nenapadal je, chodil do práce. Výdaje rodiny však byly vyšší než příjmy, a tak rodiče situaci řešili půjčkami, později přišli o byt a byli nuceni požádat o insolvenční řízení. Před rokem se rodiče se sestrou odstěhovali do Čech za práci. Od té doby zůstal pacient bez střechy nad hlavou, bez rodinného zázemí. V kontaktu s matkou pouze telefonicky, maximálně 3x za rok.

Zdravotní anamnéza:

V dětství prodělal běžné dětské nemoci, 2krát úraz pravé ruky při sportu. Nekuřák, drogy nebere. V 25 letech poprvé v psychiatrické ambulanci po rozchodu s partnerkou pro abúzus alkoholu. Po dvou letech v ambulanci v doprovodu matky pro podivné chování, výbušný, neklidný, halucinuje, stavy úzkosti, v noci nespí. Popisuje, že halucinace se poprvé objevily před dvěma lety, dařilo se mu je tlumit alkoholem. Diagnostikována psychóza s rysy schizofrenie, zaléčen, zklidněn.

Po roce dochází na doporučení ambulantní psychiatricky k 1. hospitalizaci na psychiatrii, pacient s intenzivními pocity sledování, ohrožení na životě, produkce sluchových i zrakových halucinací s agresivním obsahem, sluchové halucinace vybízející k sebepoškozování. Stav postupně upraven, po 3 měsících propuštěn v doprovodu matky do domácí péče.

Při přijetí ke 2. hospitalizaci pacient ve velmi špatném psychickém i somatickém stavu. Přivezen policií ČR pro relaps psychózy při lékové nekázni, nalezen nedostatečně oblečený, podvyživený, dehydratovaný, negativistický, nenavazuje oční kontakt. Zdravotní stav dlouhodobě neuspokojivý, později upraven, zapojen do pracovní terapie.

Sociální anamnéza:

Dva roky pracoval v oboru, 7 let pouze pomocné práce s minimální mzdou, v důsledku svého onemocnění neschopen udržet si práci, velmi časté fluktuace. Následně rok v evidenci úřadu práce, půl roku na podpoře, později vypláčen příspěvkem na živobytí v částce 3 410,- Kč. Po 4 měsících vyřazen z evidence úřadu práce pro nesoučinnost a následně bez nároku na dávku hmotné nouze. Proto rodinou požádáno o invalidní důchod, přiznán 3. stupeň invalidity.

Na léčbu několik let dohlížela matka, u níž pacient bydlel. Ta se však z existenčních důvodů loni odstěhovala s otčímem a mladší sestrou 250 km od původního bydliště k matčiným příbuzným. Pacient stěhování odmítl a rozhodl se bydlet s kamarádem. Pro neshody a nedostatečné přispívání na úhradu společného bydlení jej kamarád po půl roce donutil k vystěhování.

Dva měsíce bydlel na ubytovně, pro dekompenzaci onemocnění zde již nebyl schopen dodržovat ubytovací řád. V té době pacientovi navíc odcizili doklady, a proto si nemohl vyzvednout na poště svůj invalidní důchod. Z tohoto důvodu pacientovi vznikl na ubytovně nedoplatek za pobyt ve výši 4 850,- Kč. Po třech měsících od nevyzvednutí mu byla výplata invalidního důchodu pozastavena a platby vráceny zpět ČSSZ Praha. Bez medikace, bez finančních prostředků přespával pět měsíců, kde se dalo. Jídlo získával z kontejnerů u supermarketů, kde vyhazují prošlé zboží.

V den přijetí k aktuální hospitalizaci pacient nalezen totálně vyčerpaný, zmatený v městském parku. V době hospitalizace požádáno o uvolnění pozastaveného invalidního důchodu z ČSSZ Praha a zaslání k rukám nemocného. Vyřízen nový občanský průkaz a kartička zdravotní pojišťovny. Pacientův invalidní důchod aktuálně činí 6 960,- Kč, proto domluven splátkový kalendář. Dluh bude uhrazen ve 3 splátkách tak, aby pacientovi zbylo

na pořízení nového ošacení a obuvi. Zprostředkován kontakt s matkou. Po domluvě požádáno o zařazení do pořadníku čekatelů na chráněné bydlení pro psychotiky.