

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

ETICKÝ ASPEKT SOCIÁLNÍ PRÁCE
S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Vedoucí práce: RSDr. Ján Mišovič, CSc.

Autor práce: Bc. et Bc. Isabela Vilingerová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: druhý

2019

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

25. března 2019

Velice děkuji vedoucímu práce RSDr. Jánu Mišovičovi, CSc. a také konzultantovi doc. Jakubu Sirovátkovi, Dr. phil. nejen za jejich odborné rady a vedení, ale také za to, že mou práci přijali navzdory svým naplněným kapacitám.

Děkuji sociálním pracovnícím organizace Fokus České Budějovice, z. ú. za jejich ochotu poskytnout mi rozhovory, díky kterým jsem se zorientovala v realitě sociální práce s osobami s duševním onemocněním. Jejich odpovědi pro mě byly přínosem, ať už potvrdily mé mínění anebo mě vyvedly z omylu.

Děkuji všem mým blízkým, kteří mě jakýmkoli způsobem podporovali při studiu a psaní této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	10
1.1 PSYCHICKÉ DŮSLEDKY NEMOCI.....	12
1.2 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.3 PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ OSOBY V ČESKÉ REPUBLICE.....	14
1.3.1 Psychoterapie.....	16
1.3.2 Skupinová psychoterapie	19
1.3.3 Krizová intervence.....	20
1.3.4 Psychofarmakoterapie	20
1.3.5 Ambulantní péče	22
1.3.6 Lůžková péče	22
1.3.7 Denní stacionáře	22
1.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	23
2 SOCIÁLNÍ PRÁCE	25
2.1 KOMUNITNÍ PRÁCE	27
2.2. PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE	29
2.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	30
3 STIGMATIZACE	32
3. 1 STIGMA.....	34
3.2 ZNAČKOVACÍ REAKCE.....	38
3.3 PŘIJMUTÍ VLASTNÍ DIAGNÓZY.....	40
3.4 SEBESTIGMATIZACE.....	41
3.5 OBLASTI, VE KTERÝCH SE STIGMA PROJEVUJE.....	42
3.5.1 Vztahová oblast.....	42
3.5.2 Zaměstnání.....	44
3.5.3 Bydlení.....	45
3.5.4 Volný čas	45

3.6 MÝTY SPOJENÉ S DUŠEVNÍMI NEMOCEMI.....	46
4 ETIKA	47
4.1 ZÁKLADNÍ POJMY	47
4.2 ETIKA V SOCIÁLNÍ PRÁCI.....	49
4.3 ETICKÉ SMĚRY	59
4.3.1 Utilitarismus	60
4.3.2 Deontologismus	61
4.3.3 Etika ctností.....	62
4.3.4 Náboženská etika	63
4.3.5 Situační etika	63
4.3.6 Emotivismus	64
4.3.7 Princip dvojího účinku	64
4.4 ETICKÉ PROBLÉMY V PSYCHIATRII.....	65
5 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE	66
5.1 HISTORICKÁ CESTA K REFORMĚ.....	66
5.2 REFORMA	67
5.3 CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	69
5.4 PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE	72
5.5 DESTIGMATIZACE	73
DISKUZE.....	74
ZÁVĚR.....	81
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	83
PŘÍLOHA	90
ABSTRAKT.....	92
ABSTRACT.....	93

ÚVOD

Ráda bych na úvod objasnila, proč jsem si vybrala toto téma. Předně je mi téma duševních onemocnění (a vlastně vše, co se týká duše) blízké. Během studia sociální práce jsem absolvovala několik odborných praxí v různých typech zařízení s různými cílovými skupinami. Jednoznačně nejlepší pro mě byla praxe v nestátní neziskové organizaci Fokus České Budějovice, z. ú., která pomáhá lidem s duševním onemocněním. Praxe byla příjemná a také jsem zjistila, že osoby s duševním onemocněním jsou mou cílovou skupinou. Práce s nimi mě bavila nejvíce ze všech, které jsem měla šanci vyzkoušet ať už na praxi nebo jako dobrovolník.

Z výzkumu Národního ústavu duševního zdraví vyplývá, že s některou duševní nemocí se potýká pětina populace¹. Přesto mám dojem, že téma duševních nemocí stojí stále ještě úplně na okraji zájmu veřejnosti i zákonodárců. Nebo lépe řečeno, že je stále ještě plně předsudků a mýtů. Myslím, že u většiny marginalizovaných skupin se daří bourat různá tabu a mylná přesvědčení. Ale hlasů zastávajících se osob s nějakou duševní nemocí je stále velmi málo a jsou velmi málo slyšet. A tak si tyto osoby nosí celý život velké stigma, které je však problémem nejen pro ty, kteří už svou diagnózu mají. Zároveň je strašákem, který odrazuje ty, kteří si své duševní potíže teprve přiznávají. Kvůli špatnému přijetí okolí se toho zdráhají. V této práci bych chtěla postihnout všechny aspekty, kvůli kterým se lidé stydí přiznat si takový problém.

Kořeny tohoto koukání skrz prsty na lidi s psychiatrickou diagnózou by bylo možné dohledat už ve starověku, kde bylo duševní onemocnění přijímáno jako trest za provinění proti bohům². Bohužel se s takovými postoji setkáváme i v dnešní době, kdy bojují nejrůznější skupiny proti pohrdání a strachu.

Já vnímám v posledních pár letech výrazný kontrast mezi přijímáním a nepřijímáním nejrůznějších menšin. Na jedné straně narůstají osvětové aktivity, které mají ukázat, že se nemusíme bát příslušníků těchto menšin. Že jsou ve všech ostatních ohledech „normální“, stejní jako příslušníci většinové skupiny obyvatel. V kontrastu s tím se však stále ještě setkáváme mnohočetně s nepochopením (v lepším případě) a s nenávisí (v horším případě). Myslím, že existence prvního pólu paradoxně zviditelňuje ten opačný pól. Nebýt těch osvětových akcí, nebylo by tolik do očí bijící, že je stále velké množství lidí, kteří žijí v předsudcích a vnímají mýty jako realitu.

¹ Srov. Česká televize. *Studio 6*. [online].

² Srov. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. s. 346.

Myslím si, že je nesmírně důležité stále hájit rovnoprávnost menšin. A také připomínat, že jsou to lidé, kteří mohou žít plnohodnotný život. I proto jsem se rozhodla psát tuto práci, práci o sociálních pracovnících, kteří jsou mimo jiné těmi hlasy obhajujícími rovnoprávnost a důstojnost osob s duševním onemocněním. Ze svých zkušeností mohu tvrdit, že oblast psychických onemocnění stojí spíše mimo zájem. Moc se o tom nemluví. Jako běžný občan bych sotva zaznamenala nějaké informace o duševních chorobách nebo o lidech, kteří se s některou z nich potýkají. Přisun těchto informací mám jen díky tomu, že se o tuto oblast zajímám. Pro média se stává zajímavou až v případech, kdy jde vyloženě o senzaci, jakou je např. situace Andreje Babiše mladšího.

Ráda bych pro uvození celé práce použila tuto větu: „*(I) Člověk s duševním onemocněním může žít plnohodnotný a naplněný život.*“

Pro toto téma jsem se rozhodla proto, že mám pocit, že se osoby s duševním onemocněním netěší důstojnému postavení ve společnosti. Dále proto, že sociální pracovníci, kteří se jim věnují, si zaslouží pozornost. A také proto, že se při své práci setkávají s mnohými etickými situacemi, se kterými se musí vypořádat, ačkoli to vůbec není lehké.

Lidé často očekávají, že etika jako věda by měla člověku dávat „návod“, podle něhož lze rozlišit, co je etické či neetické, dobré či špatné, správné či nesprávné, čestné či nečestné atd.³ Přesto se však dostávají do situací, kdy nevědí, jak se zachovat, aby to bylo správné. Etika tedy nepodává vyčerpávající návod a konečné rozhodnutí leží na osobnosti člověka samotného. Při vykonávání sociální práce se takovým případům nelze vyhnout. Cílem této diplomové práce je nahlédnout na to, jak etika ovlivňuje sociální pracovníky, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním.

Nyní bych ráda nastínila strukturu práce. Na začátek je vhodné představit oblast duševních nemocí. Nechci se však věnovat pouze jejich klasifikaci a charakteristice, ale také situaci duševně nemocných osob. Jak vypadá v České republice péče o duševně nemocné pacienty, jaké mají možnosti léčby, jaké instituce jim poskytují pomoc a podporu. Zde mají samozřejmě nezastupitelné místo i nestátní neziskové organizace, což je pole působnosti sociálních pracovníků. Pro ně je zcela zásadní, aby se orientovali v psychiatrických diagnózách, v projevech jednotlivých nemocí a jejich prožívání a v působení psychofarmak na člověka. Sociální pracovník musí dobře znát svou cílovou skupinu. Zajímá mě také pozice multidisciplinárních týmů v této péči.

³ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 13.

Další kapitola se věnuje sociální práci s osobami s duševním onemocněním. Soustředím se zde hlavně na principy a zásady, které se v sociální práci vztahují k dané cílové skupině. Výraznými způsoby práce jsou komunitní práce a psychosociální rehabilitace, jež jsou podrobněji charakterizovány.

Samostatná kapitola patří problematice stigmatizace, neboť je stále aktuální, jak dokládá primář psychiatrického oddělení českobudějovické nemocnice Jan Tuček⁴. Stigma, které s sebou nesou duševní nemoci, je velkým problémem, kterého je potřeba se zbavit. Již jsem zmiňovala, že není špatné jen pro jedince, kteří již svou diagnózu mají, ale i pro ty, kteří se kvůli tomu obávají začít řešit své psychické potíže. Bohužel stigma náleží i okolí nemocné osoby.

V následující části řeším etickou stránku této oblasti sociální práce. Věnuji se různým etickým dilematům a etickým problémům, se kterými se sociální pracovníci ve své profesi setkávají. Zajímá mě, jak tyto situace řeší, zda se při tom mají o koho nebo o co opřít. K tomu je důležité definovat různé etablované etické přístupy. Vybrala jsem nejdůležitější a nejznámější.

Významným fenoménem, který je momentálně vysoce aktuální, je reforma psychiatrické péče v České republice. S ní jsou spojená zejména centra duševního zdraví. Jeví se jako dobrý a velký krok na cestě k důstojnosti osob s duševním onemocněním. Jejich zavádění se velkou měrou týká i sociální práce, neboť sociální pracovníci mají být plnohodnotnými členy týmu, který v těchto centrech poskytuje pomoc lidem s duševní nemocí. Proto tomuto tématu věnuji celou kapitolu.

Podpůrným zdrojem této práce jsou provedené polostrukturované rozhovory, které jsem sestavovala tak, aby odpovídaly všem dílčím tématům práce. Otázky byly pokládány sociálním pracovnícům, které pracují v již zmíněné neziskové organizaci Fokus. Díky těmto rozhovorům jsem mohla podchytit významné fenomény, které se vyskytují přímo v praxi při sociální práci s osobami s duševním onemocněním. Zároveň jsem získala náhled na to, jak tyto osoby vnímají sami sebe, své postavení ve společnosti a pomoc, kterou dostávají od sociálních pracovníků.

Po meritorní části následuje Diskuze, v níž proběhne syntéza tematických okruhů této práce a také syntéza teorie s praxí. Diplomovou práci uzavírá Závěr, který shrnuje nejvýznamnější poznatky a výstupy této práce.

⁴ Srov. Česká televize. *Studio ČT24*. [online].

Představím nyní hlavní zdroje, ze kterých jsem čerpala při psaní hlavní statě. Kniha od Pěče a Probstové je tématu „šitá na míru“, ale každá kapitola je jinak strukturovaná, pojímá daný typ terapie jinak a vysvětluje ho na jiném prostoru a různě podrobně. Téma je pojato široce a komplexně, je zde spousta postřehů a podnětů. Ačkoli se snaží být aktuální a není nijak stará, její rok vydání je trochu nevýhodou právě v době, kdy se psychiatrická péče mění. Komplexnější je kapitola, kterou Probstová přispěla do díla Sociální práce v praxi. Kniha Kutnohorské, Ciché a Goldmanna je přínosná, protože na začátku jsou definice mnoha pojmů, které souvisí s etickou tematikou. Zajímavé je dílo Fischera a Milfajta, protože provádí úvahy, jde do podstaty věci, nepopisuje jen, jaká jsou pravidla a podobně, ale přímo zpochybňuje, relativizuje a promýšlí různé principy etiky jako vědní disciplíny. Z hlediska sociální práce s osobami s duševním onemocněním vnímám jako vhodnou literaturu od Křivohlavého, který se zabývá tím, jak člověk svou nemoc prožívá apod. Ačkoli jsem v práci čerpala pouze z jediné jeho knihy, pro sociální pracovníky jsou užitečnou četbou. Až překvapivě dobrá je kniha od Goffmana, která čítá už půl století. Vědecký jazyk se od té doby sice trochu změnil, ale jeho poznatky a tvrzení jsou nepřekonané. V kapitole o psychiatrické reformě je nutné použít většinou internetové zdroje, neboť se jedná o aktuální tematiku. Vyhledávala jsem vyjádření odborníků, kteří se na koncepci a realizaci změn přímo podílejí.

Ještě bych ráda uvedla poznámku ohledně toho, jaká volím pojmenování osob s duševním onemocněním. Snažila jsem se obměňovat a proto jsem někdy zvolila označení člověk s psychiatrickou diagnózou, jindy s duševní nemocí atd. Také jsem se přizpůsobovala tomu, v jaké oblasti se zrovna pohybuji. Pokud jsem psala o psychiatrii, volila jsem spíše „pacient“, pokud o sociální práci, volila jsem „klient“ apod.

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Duševní nemoc (anglicky mental illness) je „*choroba, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí*“.⁵ Tento pojem je nahrazován pojmem duševní porucha (anglicky mental disorder). Ta označuje „*změnu některých psychických procesů projevující se v pocitech, myšlení a chování člověka, které znesnadňují jeho adaptaci, interakci se sociálním okolím*“.⁶ Více na důsledky se zaměřuje definice od World Health Organization, podle které je duševní poruchou „*klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech*“.⁷ Posun pojmů od nemoci k poruše dokazuje také Mezinárodní klasifikace nemocí (viz níže) při pohledu na její obsah. Naprostá většina kapitol nese název „Nemoci ...“ (např. Nemoci oběhové soustavy), zatímco kapitola týkající se duševních onemocnění „Poruchy ...“.⁸ Toto označení znamená, že není známa etiologie psychických onemocnění⁹.

Naproti tomu **duševní zdraví** je stav, kdy je člověk schopen se adaptovat na prostředí a situace a kdy je schopen přijímat vše příjemné, co život přináší. Neznamená pouhou nepřítomnost nemoci či poruchy.¹⁰ Duševně zdravý člověk se vyznačuje těmito vlastnostmi: subjektivní sebeuspokojení, správné hodnocení sebe i ostatních, pocit identity, seberealizace, samostatnost, snášenlivost, tvořivost, nezávislost na vnějších vlivech, odolnost vůči stresu, sociální adaptace a schopnost poznávat realitu¹¹.

Je důležité vnímat duševní onemocnění jako komplexní problém, protože zasahuje celého člověka a mnoho oblastí fungování jedince ve společnosti. Pro samé připomínání všech rozměrů, které duševní nemoc má, se však nesmí zapomínat na fakt, že už **samotná přítomnost nemoci** má pro člověka nepříjemné následky. Zdraví je totiž pro každého člověka hodnotou¹². A to hodnotou cennou, jednou z nejvyšších. Ovlivňuje kvalitu života jedince a je předpokladem plnohodnotného života. Hodnotu zdraví si lidé uvědomují nejvíce právě v době, kdy je narušené, tedy během nemoci¹³.

⁵ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. s. 346.

⁶ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. s. 417.

⁷ Tamtéž. s. 417.

⁸ Srov. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část*. s. 4.

⁹ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Klasifikace v psychiatrii (klasifikační systémy). In SVOBODA, M. s. 82.

¹⁰ Srov. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. s. 691.

¹¹ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 49.

¹² Srov. Tamtéž. s. 13.

¹³ Srov. Tamtéž. s. 18.

Nemoc člověk téměř vždy prožívá negativně. Vnímá ji tím hůře, čím více je narušena jeho denní rutina a sociální kontakty.¹⁴ Přemítá o tom, jak moc je jeho stav vážný, zda kvůli tomu neztratí práci nebo přátele.

Nováková definuje nemoc přílehlavě k tématu psychických onemocnění, a to jako stav, ve kterém člověk není schopen zvládat nároky, které na něj klade jeho prostředí¹⁵.

Základem psychického onemocnění je dezintegrace funkcí já, jejíž důsledkem je ztráta schopnosti testovat realitu. To znamená, že jedinec neumí rozlišit svou vnitřní zkušenost od zkušenosti přicházející z vnějšího světa. Další symptomy jsou potom druhotné jevy, které se snaží o duševní rovnováhu. Tyto symptomy se mohou začít objevovat postupně nebo přijdou najednou. Různí se i průběh, někdy vymizí, někdy se s různou intenzitou vrací.¹⁶

„Duševní onemocnění se projevuje změnou v chování, v prožívání, v myšlení a řeči, v paměti a v jednání“¹⁷. Je to porucha, která naruší všechny oblasti života jedince. Jde obecně o oblast mezilidských vztahů, oblast vlastního zdravotního stavu, oblast pracovní a volného času a oblast finanční. Dochází k potížím se zvládnutím psychických, sociálních a pracovních schopností a rolí.

Duševní nemoci se projevují ve dvou formách, buď jako ataka, což je období akutních příznaků, nebo jako relaps, což je opakování, znovuvzplanutí choroby poté, co se zdála vyléčena.¹⁸

Nepříznivé dopady mají pobyty v psychiatrických zařízeních, ale i nejistý průběh nemoci. Kvalitu života snižují kromě symptomů nemoci také samotná psychofarmaka se svými vedlejšími účinky, které nemocné ovlivňují.

Na vzniku nemoci se podílí více faktorů najednou, je to vysoce individuální proces. Faktory jsou z oblastí fyziologické, psychologické i sociální¹⁹. Již tato **multifaktorialita** poukazuje na složitost problematiky psychických nemocí. Na průběh onemocnění mají vliv osobnostní charakteristiky jedince, charakteristiky jeho prostředí a vzájemná interakce mezi nimi. Působí na sebe tedy na jedné straně např. dovednosti, míra

¹⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 61.

¹⁵ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 19.

¹⁶ Srov. PROBSTOVÁ, V. *Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince*. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 34.

¹⁷ NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 162.

¹⁸ Srov. PRAŠKO, J.; BAREŠ, M.; HORÁČEK, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*. s. 18, 44.

¹⁹ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 163.; Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Etiopatogeneze psychických poruch*. In SVOBODA, M. (ed.) s. 35.

optimismu nebo cílevědomost, na straně druhé zdroje pomoci, kontakt s dalšími psychotiky, možnost smysluplných aktivit či profesionální pomoc.²⁰

1.1 PSYCHICKÉ DŮSLEDKY NEMOCI

Sociální pracovník by si měl uvědomit, jaké je prožívat nemoc, jaké to přináší pocity a co to pro člověka znamená. Toto vnímání je ovlivněno povahou nemoci, okolnostmi a osobností nemocného. Na základě toho si utvoří postoj, např. bagatelizující, heroický nebo hypochondrický. Nemocný člověk se dostává do nestandardní situace, kdy prožívá a dělá něco, co nechce, co je pro něj nepříjemné.²¹

U hospitalizovaných pacientů se může projevit tzv. hospitalismus, čili reakce na onemocnění a omezení, které s ním souvisí. Člověk se v průběhu nemoci vypořádává s bolestí, se strachem, smutkem, hněvem až agresivitou.²² Druhou stránkou hospitalismu je sociální izolace, ve které člověk přebývajícím v lůžkovém zařízení nutně je. Nejen že nemá kontakty se světem „venku“, ale vztahy v zařízení jsou pokřivené. Jedinec zde může navázat vztahy pouze s lidmi, kteří jsou zde také na léčení anebo s těmi, kteří zde léčí (a ty jsou asymetrické).²³

Z hlediska Maslowovy pyramidy potřeb jsou zasaženy všechny úrovně. Záleží na typu a závažnosti duševního onemocnění, přesto lze říci, že čím výše potřeba v pyramidě stojí, tím obtížnější je naplnit ji. Pro osoby s duševním onemocněním může být obtížné již naplnění těch nejzákladnějších, fyziologických, potřeb. Pokud trpí nechutenstvím, neuspokojují potřebu jíst, pokud trpí nespavostí, neuspokojují potřebu spánku. Potřeba bezpečí se jeví nedosažitelnou zejména pro osoby trpící bludy a paranoiou, že je někdo sleduje, snaží se jim ublížit apod. Problém s naplněním potřeby lásky může být zapříčiněn např. tím, že kvůli projevům nemoci nemá nikdo zájem navázat s nemocným člověkem citový vztah. O nedostatku úcty hovoří celé téma stigmatizace. Sebeaktualizace jedince, který sotva naplní základní potřeby, se zdá nedosažitelná.²⁴ Pokud však vezmu v úvahu

²⁰ Srov. Van WEEGHEL, J. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 18.

²¹ Srov. ŠOBÁŇ, T. Psychické důsledky nemoci. In KUZNÍKOVÁ, I. s. 104 – 105.; Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. s. 19, 23.

²² Srov. ŠOBÁŇ, T. Psychické důsledky nemoci. In KUZNÍKOVÁ, I. s. 104 – 106.

²³ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. s. 17.

²⁴ Srov. DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. s. 138 – 140. Srov. MASLOW, A. H. *O psychologii bytí*. s. 83.

oblast umění, ve které je možné se realizovat, mívají naopak duševně nemocní lidé velké nadání. Potvrzují to slova sociálních pracovníků v rozhovorech, jež jsem s nimi vedla (viz Diskuze).

1.2 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Klasifikace uspořádává nemoci do skupin na základě jejich podobnosti. Každá diagnóza je charakterizována výčtem znaků. Aby mohla být diagnostikována nemoc, musí se symptomy projevovat určitou dobu a narušovat běžné fungování člověka.²⁵ Zorientovat se v duševních onemocněních pomůže Mezinárodní klasifikace nemocí, označovaná MKN-10. Číslo 10 za pomlčkou znamená, že se jedná o již desátou revizi tohoto univerzálního seznamu diagnóz. Tuto publikaci vydává Světová zdravotnická organizace a její celý název zní *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Mezinárodní klasifikace nemocí „kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností.“²⁶

Lze říci, že existuje přes sto duševních onemocnění, resp. že je možné jich tolik diagnostikovat. MKN-10 se psychickým onemocněním věnuje v kapitole páté „Poruchy duševní a poruchy chování“, kde se nacházejí tyto **oddíly**: Organické duševní poruchy včetně symptomatických, Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, Afektivní poruchy (poruchy nálady), Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, Poruchy osobnosti a chování u dospělých, Mentální retardace, Poruchy psychického vývoje, Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání, Neurčená duševní porucha²⁷.

²⁵ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Organizace psychiatrické péče. In SVOBODA, M. s. 82.

²⁶ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. [online].; Srov. OREL, M. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. s. 133.

²⁷ Srov. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabulární část*. s. 191.

Nováková se ve výčtu shoduje až po poruchy osobnosti, další typy nezařadila²⁸. Svoboda předkládá dělení podle praktické využitelnosti²⁹.

1.3 PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ OSOBY V ČESKÉ REPUBLICE

Psychotická onemocnění jsou komplexním problémem zasahujícím v podstatě všechny oblasti života jedince. Proto je nasnadě, že všechny složky péče o lidi s duševním onemocněním by měly být propojené a spolupracovat, aby tato péče mohla být opravdu kvalitní. Pěč s Probstovou rozdělily tyto složky do dvou oblastí, a to na psychoterapii a na psychiatrickou rehabilitaci³⁰. Ideální stav je jejich návaznost. Jelikož psychiatrickou rehabilitaci provádějí nejčastěji sociální pracovníci v neziskových organizacích, zařadila jsem ji do kapitoly „Sociální práce s osobami s duševním onemocněním“.

Systém péče by měl fungovat tak, aby směřoval ke zlepšení či optimalizaci fungování. Má to být individuální proces, který podporuje práva a rozhodnutí jedince o svém životě. Posiluje zodpovědnost, samostatnost a rozvíjení jiných složek života, než jen týkajících se psychózy. V tomto duchu jsou zamýšlena a vedena centra duševního zdraví, která u nás začínají vznikat. V neposlední řadě je potřeba legislativní rámec, který takovou péči umožní a podpoří.³¹

Psychicky nemocný pacient už není vnímán jen jako pasivní příjemce léčby a pomoci. Část aktivity se přesouvá na jeho osobu, aby spoluřídil svůj stav. Díky tomu se pacienti učí rozpoznávat příznaky a přicházející relaps a bojovat s nimi.³²

Systém péče o osoby s duševní nemocí v České republice lze rozdělit to dvou velkých skupin. Do první z nich patří psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic – týká se tedy lůžkových zařízení. Druhá obsahuje vše ostatní, co se neodehrává „za zdí“. Zahrnuje praktického lékaře, ambulantního psychiatra, klinického psychologa, krizovou službu, denní stacionář, komunitní centrum, terénní

²⁸ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 163 – 164.

²⁹ Srov. SVOBODA, M. *Psychopatologie (Obecná psychiatrie)*. In SVOBODA, M. s. 85.

³⁰ Srov. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. s. 9.

³¹ Srov. CAGNE; TORREY; In PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. *Psychiatrická rehabilitace*. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 103.

³² Srov. ŠLEPECKÝ, M.; ZIBRÍNOVÁ, L. *Trénink sociálních způsobilostí*. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 93.

práci, podporu v bydlení, podporu v zaměstnání, informační a poradenskou činnost, volnočasové aktivity, svépomocné aktivity a obhajování práv.³³

Stanovení **diagnózy** (či jejímu zamítnutí) předchází psychiatrické vyšetření, které sestává z psychiatrické anamnézy a vyšetření psychického stavu. Vyšetření se skládá z pozorování a měření a z interpretace a hodnocení. Určit diagnózu v medicíně znamená klasifikovat nemoc, ale v psychologické sféře je to širší pojem. Diagnostikující psycholog či psychiatr se zajímá o všechny zvláštnosti v průběhu celého života. Ptá se na výskyt nemocí v rodině, na užívané léky, vzdělání, zaměstnání, manželství atd. Diagnostikování je v této oblasti spíše umění, pro které je třeba umět se ptát, naslouchat i pozorovat. Důležitá je také konfrontace s údaji získanými od blízkých vyšetřovaného. Někdy může psychiatr vyžadovat vyšetření funkce mozku, k němuž se využívá několika metod.³⁴

Péče o psychicky nemocné osoby má určitý obecný **průběh**, ovšem je to individuální proces a různé fáze se mohou střídát či opakovat (zejména relapsy nemoci) a také se prolínají. Na začátku bývá hospitalizace na psychiatrickém oddělení či v psychiatrické léčebně. Podle toho, zda ji uzná za nutnou psychiatr, který určuje diagnózu. Zde je zahájena farmakoterapie, jež má regulovat projevy chování, které jedinec není schopen kontrolovat sám. Pokračuje dlouhodobá psychoterapie, a když dosáhne stabilizace psychické stránky, nastupují sociální a pracovní rehabilitace. Ty podporují normální fungování.³⁵

Způsoby léčby psychóz jsou různé, zahrnují psychofarmaka, léčbu somatických projevů, individuální psychoterapii, rodinné terapie, skupinové terapie, terapeutické komunity, služby zaměřené na prostředí, rehabilitace, krizovou intervenci. Samozřejmě ideální je kombinace jednotlivých postupů léčby přiléhavá ke konkrétnímu člověku trpícímu duševní nemocí.

S péčí o osoby s psychickým onemocněním souvisí **sociální psychiatrie**. Tato odnož psychiatrie se věnuje výzkumu duševního zdraví a duševních nemocí a vlivů, které na ně působí, a také jejich dopadů na kvalitu života. Díky těmto studiím se psychiatrickým pacientům dostává hlubšího porozumění a lze zlepšovat péči, která je jim poskytována.³⁶

³³ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 232.

³⁴ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Etické problémy v psychiatrii. In SVOBODA, M. (ed.) s. 39.; Srov. SVOBODA, M. Psychodiagnostika obecně. In SVOBODA, M. (ed.) s. 48.; Srov. OREL, M. *Na Freuda já nemám čas, doktore.* s. 128 - 130.; Srov. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum.* s. 40 – 42.

³⁵ Srov. FLEXER, SOLOMON; In PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 102.

³⁶ Srov. SVOBODA, M. (ed.) *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy.* s. 23.

1.3.1 Psychoterapie

Psychoterapie představuje soubor způsobů, jakými působit na pacienta slovními i neslovními psychologickými prostředky komunikace tak, aby se zlepšil jeho tělesný i duševní stav³⁷. Na psychoterapii se s lékařem podílí klinický psycholog, je to týmová práce, spolupracují na sestavení léčebného plánu. Pro psychiatra je v procesu hlavní disciplínou farmakoterapie, pro psychologa psychodiagnostika.

Poznatky uvedené v této podkapitole jsou sice psané psychoterapeuty a týkají se psychoterapie. Já si však myslím, že určité principy platí i pro sociální pracovníky a jejich práci s duševně nemocnými lidmi. Sice s nimi nepracují přímo terapeuticky, ale např. síla důvěryhodného vztahu nebo akceptující postoj jsou nástroji i v jejich oboru a rozhodně nemohou být na škodu. To ostatně potvrzuje Šimek, podle kterého může využití psychoterapeutických postupů v sociální práci usnadnit komunikaci s klientem a urychlit řešení jeho problémové situace.³⁸

Při psychoterapii osob s duševním onemocněním vychází psychoterapeuti z těchto škol: behaviorální terapie, kognitivní terapie, interpersonální psychoterapie, psychoanalytické metody, hlubinněpsychologicky orientovaná psychoterapie, humanistické přístupy, relaxační metody, rodinná terapie, individuální terapie a skupinová terapie.

Psychoterapeutické přístupy, které se při terapii lidí s duševním onemocněním používají, jsou psychoanalýza, kognitivně behaviorální terapie (která by měla být v léčbě psychóz nejúčinnější³⁹), expresivní terapie, kognitivní rehabilitace, trénink sociálních způsobilostí. Kromě různých druhů psychoterapií se užívá psychiatrická rehabilitace, case management a krizová intervence.

Při psychoterapii je významným faktorem vztah mezi psychoterapeutem a jeho klientem. Lze ho chápat jako pracovní společenství či spolupráci. Odráží se v něm vzájemný respekt, důvěra a opravdovost úmyslu.⁴⁰ Z **psychoanalytického hlediska** je vztah chápán jako prostor pro vznik přenosu, který je využíván jako nástroj ke znovuprožívání životních zkušeností a zážitků⁴¹ – a s tím se potom pracuje.

³⁷ Srov. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. s. 149.; Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. s. 154.

³⁸ Srov. ŠIMEK, J. Etické aspekty psychoterapie. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 174.

³⁹ Srov. JAROLÍMEK, M. Kognitivně behaviorální terapie u psychóz. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 68.

⁴⁰ Srov. PROBSTOVÁ, V. Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 38.

⁴¹ Srov. KUČEROVÁ, H. Psychoterapie. In SVOBODA, M. s. 75.

Kvalita vztahu závisí na těchto osobnostních předpokladech pracovníka: opravdovost, nepodmíněné přijetí a empatické porozumění.⁴² Ovlivňují ji také vzájemná očekávání. Pokud jsou stereotypní či nereálná, mohou vést až k nezdaru ve spolupráci.

Probstová vybírá z mnoha žádoucích aspektů vztahu hlavní principy. Prvním z nich je partnerství, které vyrovnává asymetrii vztahu pomáhající – příjemce pomoci. Poukazuje na to, že oba směřují ke stejnému cíli a cestou k němu prochází společně. Hledají příčiny, snaží se o změny, přispívají svými dovednostmi a naslouchají si. Druhou charakteristikou vztahu je respekt, díky kterému je pacientovi uznáno právo na sebeurčení, jeho názory a přání jsou brány v potaz a není podřízen terapeutovu rozhodnutí. Třetím aspektem je flexibilita, která je důležitá pro vnímání aktuální situace a stavu klienta a přizpůsobení spolupráce. Dalším principem je poskytování informací, tedy jednání na rovinu, bez milosrdných lží, zatajování nebo naopak zveličování. Posledním principem je srozumitelná komunikace, přizpůsobená mluvě a momentální situaci klienta.⁴³

Komunikace s osobami s duševním onemocněním je nelehká, což má vliv i na vztah. Tito lidé mají potíže s důvěrou, se závislostí, s přecitlivělostí, necitlivostí, porozuměním, nonverbálními projevy, zkresleným vnímáním. Problémy se dostavují (kromě onemocnění samotného) v důsledku pobytu v léčebně, vedlejších účinků léků, střídání terapeutů, systému péče, ale i setkání s jinými pacienty.⁴⁴

Zatímco při psychoanalýze je stěžejní vztah mezi terapeutem a jeho klientem, jádrem **kognitivně behaviorální terapie** je prožívání nemoci a ovládnutí spouštěčů i atak. Kognitivní část modifikuje vnímání, paměť a pozornost. Klíčové je rozpoznávat spouštěcí mechanismy, aby se jich mohl pokud možno vyvarovat a aby se připravil na přicházející psychotickou epizodu, kterou se učí zvládat.⁴⁵

Hledisko individuálního prožívání onemocnění se netýká pouze vnímání ataky samotné, ale celkové situace, do které se vlivem nemoci dostal. Zahrnuje způsob, jakým se vyrovnává se způsobenými životními omezeními v různých oblastech a také způsob, jakým přijímá reakce svého okolí. Terapeutická změna se děje systematicky pomocí

⁴² Srov. ROGERS, C. In KUZNÍKOVÁ, I. s. 108.

⁴³ Srov. PROBSTOVÁ, V. Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 39.

⁴⁴ Srov. Tamtéž. s. 41, 46.

⁴⁵ Srov. JAROLÍMEK, M. Kognitivně behaviorální terapie u psychóz. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 69, 71.; Srov. KUČEROVÁ, H. Psychoterapie. In SVOBODA, M. s. 74.

vytyčování dílčích cílů, kterých postupně klient dosahuje plněním určených kroků. Je důležité, aby klient nalézal souvislosti mezi svými symptomy, a to jak mezi jednotlivými symptomy navzájem, tak i mezi nimi a situacemi, které je vyvolávají. Tento vhled se terapeut snaží navodit pomocí dotazování, při kterém stoprocentně přijímá výpovědi člověka s duševním onemocněním. Je potřeba, aby se cítil přijímaný, nikoli odmítaný či nepochopený.⁴⁶

Na neverbální procesy jsou orientované **expresivní typy psychoterapie**, jimiž jsou arteterapie zaměřená na výtvarné umění, dramaterapie zaměřená na divadlo, muzikoterapie zaměřená na hudbu a taneční pohybová terapie zaměřená na tanec. Uvolňují kreativní potenciál a tím se klient dostává do svého nevědomí. Zde posiluje vlastní já, které se ocitá ve vědomí. Tvořivé procesy tedy mají posilující, povzbuzující a integrační funkci.⁴⁷

Středem zájmu v kreativních terapiích je osobnost jedince. Tu terapeut podporuje a rozvíjí prostřednictvím tvořivé činnosti klienta. Expresivní terapie vychází z faktu, že duševně nemocný člověk zkoumá hlavně sám sebe, ale neumí o sobě hovořit tak, aby ho ostatní lidé pochopili. Proto se uzavírá do sebe, nemluví a cítí se méněcenný. Možnosti sebevyjádření se naskytanou při neverbálních projevech. Člověk nachází způsoby, jak se vyjádřit kreativně tak, aby to odpovídalo tomu, jak se cítí a co prožívá. Zažije zvládnutí situace, což mu dává naději, že zvládne i svou nemoc.⁴⁸

Důležitý není pouze samotný kreativní proces jako takový, nýbrž i jeho reflexe a spolupráce klienta s terapeutem. Terapeut se zajímá o pocity, které tvůrčí proces provází. Společně interpretují výtvor, hledají v něm významy a v nich pak souvislosti.⁴⁹

Kognitivní rehabilitace vychází z toho, že zhoršená kognice zapříčiňuje potíže v sociální sféře. Zároveň psychofarmaka různým způsobem mění kognitivní procesy člověka. Je proto vhodné zařadit trénink kognitivních funkcí i do léčby psychotických onemocnění. Dosahuje se tím zlepšení ve zvládnání symptomů nemoci, v rozvoji sociálních dovedností a stabilizaci já. Rozvoj probíhá formou procvičování paměti, pozornosti i řešení problémů, poté komunikace, vnímání sociálních situací a dalších

⁴⁶ Srov. JAROLÍMEK, M. Kognitivně behaviorální terapie u psychóz. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 69.

⁴⁷ Srov. ALBRICH, B. Expresivní terapie a arteterapie. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 72.

⁴⁸ Srov. Tamtéž. s. 73.

⁴⁹ Srov. Tamtéž. s. 75.

sociálních dovedností. Kromě tužky a papíru lze využít také speciální počítačové programy. Aby se jedinec nenaučil i špatné odpovědi, náročnost úkolů se zvyšuje pozvolna.⁵⁰

Jelikož je každý člověk sociální bytostí a jelikož psychotické onemocnění negativně ovlivňuje sociální chování člověka, je na místě **posilování sociálních způsobilostí**. Interpersonální psychoterapie se zaměřuje na úpravu mezilidských vztahů. Běžně se sociální kompetence zlepšují s tím, jak jedinec zažívá úspěch s určitým typem chování. Tím se upevňují stále dokonalejší způsoby reagování a jedinec může v interakcích s ostatními zažívat pocity štěstí. Dále se sociální způsobilosti učí nápodobou, což může být narušeno psychickým onemocněním.⁵¹

Využívá se technik behaviorální terapie založených na způsobech učení člověka a na poznacích sociální psychologie. Ty vedou k naučení klienta ventilovat své emoce a myšlenky společensky vhodným způsobem a tak, aby byl pochopen. Zabývá se tempem řeči, tónem a výškou hlasu i jeho silou. Zároveň i neverbální složkou projevu, jako je vzdálenost mezi hovořícími, oční kontakt či výraz v obličeji. Ale také např. sociální fobii. Terapeut svou zpětnou vazbou podporuje správné návyky a poukazuje na chybné kroky, aby se jich mohl klient vyvarovat. Na začátku je potřeba charakterizovat konkrétní nedostatky v sociálních způsobilostech klienta, od kterých se pak odvíjí cíle spolupráce. Pozitivním sekundárním výsledkem může být zvýšení či rozšíření klientovy sociální podpůrné sítě.⁵²

O tom mluvily sociální pracovnice v rozhovorech – klienti se bojí jiných lidí, neumí s nimi komunikovat, nacházet společnou řeč (viz Diskuze).

1.3.2 Skupinová psychoterapie

Psychoterapie ve skupině je nejčastěji pořádána v psychiatrických zařízeních. Terapeuti využívají dynamiky plynoucí ze vztahů mezi členy. Těží se z toho, že projevy duševního

⁵⁰ Srov. PĚČ, O. Kognitivní rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 77, 80.

⁵¹ Srov. ŠLEPECKÝ, M.; ZIBRÍNOVÁ, L. Trénink sociálních způsobilostí. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 83.; Srov. KUČEROVÁ, H. Psychoterapie. In SVOBODA, M. s. 74.

⁵² Srov. ŠLEPECKÝ, M.; ZIBRÍNOVÁ, L. Trénink sociálních způsobilostí. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 83 – 85, 87.

onemocnění jsou postupně tlumeny a s tím stoupá komunikativnost pacienta.⁵³ Výhody skupinové práce jsou v tom, že si zde v bezpečném prostředí osoba zažívá emoční zkušenosti, sociální vztahy a může trénovat sociální interakce. Přebírá zde svou odpovědnost i svá práva.

Kromě posilování kladných vlastností klienta je důležitou součástí edukace o nemoci, kterou pacient trpí. Vedoucí skupiny obratně přizpůsobuje výběr technik i témat tomu, jaké problémy členové skupiny aktuálně mají, s jakou se potýkají diagnózou, v jaké fázi léčeni jsou apod.⁵⁴

Mezi terapie prováděné ve skupinách patří: postupy orientované na podporu, na řešení problémů nebo na psychoedukaci, interpersonální skupinová psychoterapie zaměřená na interaktivitu a vztahy, skupiny orientované na psychoanalytickou či psychodynamickou rekonstrukci, skupinová analýza a přístupy pojímající skupinu jako celek, suportivně expresivní skupinová psychoterapie.⁵⁵

1.3.3 Krizová intervence

Tato metoda se snaží o obnovení psychosociální rovnováhy člověka, který se ocitl v krizi. Zohledňuje všechny dimenze, tedy biologickou, psychickou, sociální i spirituální, a řídí se individuální situací a potřebami. Cílem je vyřešení problému a posílení kompetencí. Významným prvkem je vztah mezi interventem a klientem, který se pevně vine fázemi intervence. Ta postupuje od plánování zásahu přes rozbor problému, který krizi způsobil, přes vyjadřování emocí, až k plánování následného postupu.⁵⁶

1.3.4 Psychofarmakoterapie

Psychofarmaka jsou léky, které ovlivňují psychické funkce. Předepisují je **psychiatři** lidem s diagnózou duševního onemocnění. Nepředstavují ideální léčebnou metodu, ale

⁵³ Srov. KUČEROVÁ, H. Psychoterapie. In SVOBODA, M. s. 77.; Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. s. 158.

⁵⁴ Srov. KUČEROVÁ, H. Psychoterapie. In SVOBODA, M. s. 78.

⁵⁵ Srov. PĚČ, O. Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni skupiny. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 159 - 164.

⁵⁶ Srov. LORENC, J. Krizová intervence. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 155 – 156.

jsou užitečná, poměrně bezpečná a potřebná⁵⁷. Vedou sice ke zhoršení kognitivních funkcí⁵⁸, ale zároveň umožňují lidem s psychiatrickým onemocněním samostatný život. Bydlet doma, stýkat se s ostatními lidmi apod. Je tedy třeba vnímat i jejich výhody.

Díky jejich používání nastal okamžitě obrat k lepšímu v péči o psychicky nemocné pacienty. Bylo možné kontrolovat některé nežádoucí projevy jinak než represivními opatřeními a z některých hospitalizací učinit ambulantní léčbu. Zároveň se otevřel nový prostor pro výzkum vzniku duševních nemocí, kdy se hledala spojitost mezi tím, co nemoc spouští a tím, jak ji ovlivní psychofarmakum. Tyto nastolené trendy pokračují do dnešních dnů – lidé se vracejí z lůžkových oddělení do svých životů a probíhá výzkum.⁵⁹

Psychofarmaka **lze rozdělit na** anxiolytika (potlačují úzkost), hypnotika (navozují spánek), psychostimulancia (zvyšují bdělost vědomí), neuroprotektiva (pozitivně ovlivňují kognitivní funkce), antidepressiva (zvyšují náladu), dysforika (zhoršují náladu), tymoprofylaktika (stabilizují náladu), antiepileptika (stabilizují náladu) a antipsychotika (používají se k léčbě schizofreniků).⁶⁰

Mezi **nežádoucími účinky** různých druhů léčiv se může objevit ospalost, únava, závratě, pády, poškození plodu, žízeň, nechutenství, nevolnost, tachykardie, hypertenze, hypotenze, arytmie, sucho v ústech, mydriáza, průjmy, časté močení, zvracení, zácpa, poruchy paměti, poruchy nálady, poruchy akomodace, sexuální dysfunkce, poruchy menstruačního cyklu, zvýšení hmotnosti, struma, třes rukou, diabetes, alergická reakce, úzkost.⁶¹ Toto je souhrnný výčet vedlejších účinků, u konkrétního léku se objevují vždy jen některé z nich. Jaké to budou a v jakém množství, záleží na typu látky a snášenlivosti pacienta.

Psychofarmakoterapie je typem **biologické léčby**, dalšími typy jsou elektrokonvulzivní léčba (která je v současnosti šetrná k pacientovi), repetitivní transkraniální stimulace (pomocí magnetu působí na neurony v mozkové kůře), fototerapie a spánková deprivace (obě vychází z předpokladu, že narušení biorytmů pozitivně ovlivní depresivní poruchu).⁶²

⁵⁷ Srov. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. s. 76.

⁵⁸ Srov. PĚČ, O. Kognitivní rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 77.

⁵⁹ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Psychiatrická terapie (biologická, psychoterapeutická, obecně sociální). In SVOBODA, M. s. 57.

⁶⁰ Srov. Tamtéž. s. 58 - 71.

⁶¹ Srov. Tamtéž. s. 59 - 71.; Srov. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. s. 74 – 75.

⁶² Srov. ČEŠKOVÁ, E. Psychiatrická terapie (biologická, psychoterapeutická, obecně sociální). In SVOBODA, M. s. 72 – 74.

1.3.5 Ambulantní péče

Psychiatrická ambulance většinou bývá místem prvního kontaktu jedince s psychiatrickou péčí, přičemž ambulantní psychiatr koordinuje pacientovo léčení⁶³.

1.3.6 Lůžková péče

Lůžkovou péči poskytují psychiatrické nemocnice (do roku 2013 nazývány léčebny) spolu s psychiatrickými klinikami a psychiatrickými odděleními v nemocnicích⁶⁴. Člověk s duševním onemocněním sem putuje, pokud jeho psychiatr uzná, že ambulantní léčba nestačí. Často jde o navrácení nemoci.⁶⁵ Ústavní péči lze chápat jako opak komunitní, neboť je pro ni charakteristické odloučení nemocných od jejich společenství a prostředí⁶⁶.

Pěč upozorňuje, že u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů dochází k dalšímu oslabování kognitivních funkcí.⁶⁷

1.3.7 Denní stacionáře

Denní stacionáře a denní centra jsou důležitým článkem péče o osoby s duševním onemocněním. Jsou součástí komunitní péče, doplňují a rozšiřují nemocniční péči, někdy ji mohou zastupovat (např. v období nedostatku míst). Umožňují dlouhodobou rehabilitaci pacientů s chronickou chorobou. Nabízejí komplexní denní péči jak psychoterapeutické, tak socioterapeutické povahy. Provádějí činnost terapeutickou, rehabilitační, týkající se zaměstnání nebo sociální oblasti.⁶⁸

⁶³ Srov. PETR, T.; MARKOVÁ, E. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. s. 43.

⁶⁴ Srov. Tamtéž. s. 44.

⁶⁵ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Organizace psychiatrické péče. In SVOBODA, M. s. 80.

⁶⁶ Srov. PROBSTOVÁ, V.; PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. s. 184.

⁶⁷ Srov. PĚČ, O. Kognitivní rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 78.

⁶⁸ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Organizace psychiatrické péče. In SVOBODA, M. s. 80 - 81.

1.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

Týmová práce je v oblasti duševních onemocnění nutná. Jsou zde zastoupeny různé profese, jednat se může o spolupráci s lékařem, který vybírá medikaci, případovým managerem, pracovním terapeutem, klíčovým pracovníkem zajišťujícím oblast bydlení, personálem nemocnice. Každý člen by měl znát své úkoly v daném případě. V této oblasti jde o propojení psychiatrické léčby s rehabilitací.⁶⁹

Také v týmech je důležitým faktorem **vztah**, nejen ve spolupráci klienta se sociálním pracovníkem, psychoterapeutem apod. Celé týmy, které poskytují pomoc osobám s duševním onemocněním, mezi sebou mají pevné vztahy stojící na důvěře a respektu, podporující spolupráci. Nekoordinované jednání členů týmu by bylo spíše na škodu, práce by nebyla tolik efektivní. Propojenost a kontinuita jednotlivých pracovišť je nezbytná i pro orientaci klientů. Pokud bude způsob pomoci a podpory sladěn do dohodnuté formy, budou pracoviště fungovat opravdu jako systém a ne jako izolované jednotky. Samotná pomoc bude efektivnější a její nepřehlednost nebude pro nemocného další obtíž.⁷⁰

Péče o osobu s psychickým onemocněním sice má určité **fáze**, po celou dobu je však na místě spolupráce mezi rehabilitačními pracovníky, psychiatry, sociálními pracovníky, (klinickými) psychology, pracovníky ve zdravotnickém zařízení (nejčastěji zdravotní sestry), do kterého dochází nebo v něm je hospitalizován. Součástí „týmu“ je i samotný pacient a jeho blízcí.⁷¹

Role sociálního pracovníka je vymezena zejména v kontaktu s osobami z okolí klienta, kterým může předávat informace, ale také je od nich získává. Má přístup do klientova přirozeného prostředí, čehož při své práci využívá. Jeho úlohou je zlepšovat schopnosti v oblasti sociální, pracovní a volnočasové, poskytuje sociálně právní poradenství. Obvykle mívá roli případového vedoucího, protože se zajímá o celkovou životní situaci klienta.⁷² Sociální pracovníci někdy musí svou pozici v týmu pracně

⁶⁹ Srov. PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 101.; Srov. PROBSTOVÁ, V. Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 65.

⁷⁰ Srov. FLEXER, SOLOMON; In PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 102.

⁷¹ Srov. Tamtéž. s. 102.

⁷² rov. PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 131.

vybudovat a udržovat. Někteří další členové plně nechápou jejich úlohu nebo je nemusí považovat za plnohodnotné kolegy.⁷³

Mutlidisciplinární týmy pracují formou případové práce. Členové si předávají informace, plánují postup práce s klientem, vzájemně se učí a řeší etické problémy.⁷⁴

⁷³ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. s 23.

⁷⁴ Srov. Tamtéž. s 25.

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Tato diplomová práce se orientuje na sociální pracovníky, kteří působí ve sféře neziskových organizací. S osobami s duševním onemocněním však také pracují sociální pracovníci zaměstnaní ve zdravotnických zařízeních. Tito zdravotně sociální pracovníci⁷⁵ mají poněkud odlišnou náplň práce, např. získávání pacientovi anamnézy, komunikace s jeho rodinou apod. Samozřejmě určité množství agendy se prolíná. V této práci je však dáván prostor těm pracovníkům, kteří se podílejí na psychosociální podpoře a rehabilitaci.

Sociální práce je vyústěním toho, jak lidé vnímají v dané době na konkrétním místě sociální problémy⁷⁶. „*Jedná se o společenskovední disciplínu i praktickou činnost, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů*“⁷⁷.

Od charitativní činnosti se sociální práce odlišuje **profesionalitou** těch, kteří ji vykonávají⁷⁸. Profesionalita ji odlišuje i od běžné pomoci, kterou jedinec čerpá ze svého okolí při řešení běžných starostí. Pokud běžné způsoby v daném případě nestačí, nastává neobvyklá situace, v níž vystupuje sociální práce.⁷⁹ Sociální pracovník by měl být schopen vyhledat a aktivovat klientovy zdroje, ať už lidské nebo materiální⁸⁰. V psychiatrické oblasti jsou na sociální pracovníky kladeny stále větší nároky ohledně jejich odbornosti a samostatnosti⁸¹.

Jednou z možností, jak řešit problémy a dilemata vzniklé při práci sociálního pracovníka, je **supervize**. Je vhodným místem, kde pracovník může např. ventilovat tlak, který je na něj ve vztahu s klientem vyvíjen. Funguje jako prevence syndromu vyhoření. Většinou má podobu sezení ve skupině pracovníků, vede ji supervizor. Ten funguje jako průvodce na cestě za reflektováním svých prožitků, pochopením a zpracováním problematické situace a nalezením řešení.⁸²

Podobným nástrojem je **intervize**, ta však není vedená odborníkem. Slouží zejména pro ventilování emocí a sdílení zkušeností mezi pracovníky.⁸³

⁷⁵ Srov. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. s. 15.

⁷⁶ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. s. 12.

⁷⁷ Tamtéž. s. 10.

⁷⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 26.

⁷⁹ Srov. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. s. 9.

⁸⁰ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. s. 16.

⁸¹ Srov. PROBSTOVÁ, V.; PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. s. 183.

⁸² Srov. ŠOBÁŇ, T. Psychické důsledky nemocí. In KUZNÍKOVÁ, I. s. 110.; Srov. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. s. 17.

⁸³ Srov. ŠOBÁŇ, T. Psychické důsledky nemocí. In KUZNÍKOVÁ, I. s. 111.

Psychické poruchy přináší člověku do života nejen jeden problém a nejen jedno omezení. Oproti běžné populaci je to nedostatek při zvládnání každodenního života. Podstatou je, že dochází k narušení uspokojování potřeb prakticky napříč celou pyramidou potřeb. Proto se lidé, kteří některou psychickou nemocí trpí, stali jednou z cílových skupin sociální práce. Sociální pracovníci pomáhají těmto klientům vyrovnat se se svým onemocněním a zvládat úkony běžného života.

Při práci s psychotickými lidmi je základním východiskem, že každý je jiný v závislosti na své diagnóze. Každý typ duševního onemocnění má jiné projevy. U každého pacienta se také může lišit průběh, četnost i intenzita jednotlivých ataků. Proto je nutný individuální přístup ke každému klientovi. Potřeby klientů se různí i na základě dalších faktorů, jako je jejich pohlaví, životní fáze, socio-ekonomický status a kulturní zázemí⁸⁴.

Podporu, kterou osoby s duševním onemocněním přijímají, lze rozčlenit do 4 následujících skupin⁸⁵:

- podpora při zvládnání psychózy a jejích dopadů
- podpora na cestě k zotavení (zahrnuje uspořádání svých záležitostí, sestavení životních plánů, nalezení sebedůvěry a postarání se o sebe sama)
- podpora sociálních kontaktů (jejich navazování a udržování, získání pocitu začlenění)
- podpora naplnění volného času (ať už formou studia či zaměstnání nebo zájmových aktivit, včetně jejich udržení)

Nováková je konkrétnější při vyjmenování oblastí, ve kterých je potřeba pomoci: překonání společenské izolace a stigmatizace, získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností, získat a udržet si práci, najít bydlení, smysluplné trávení volného času⁸⁶. Sociální pracovník klientovi pomáhá a podporuje ho a zároveň se snaží o jeho zpětné začlenění do společnosti.

Tuto pomoc však nemusí (a neměli by) poskytovat pouze sociální pracovníci a jiní odborníci, ale také lidé ze sociálního okolí nemocné osoby. Zapojit se mohou jejich přátelé, kolegové i členové rodiny. Na této myšlence stojí komunitní práce, proto se také její postupy uplatňují v sociální práci s osobami s duševním onemocněním.

⁸⁴ Srov. Van WEEGHEL, J. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 15.

⁸⁵ Srov. KROON, H. In Van WEEGHEL, J. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 17.

⁸⁶ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 169.

Teoretické koncepty sociální práce využívané při práci s osobami s duševním onemocněním představuje následující tabulka⁸⁷:

Tab. 1: Koncepty sociální práce

KONCEPCE	CHARAKTERISTIKA
Psychosociální	vnitřní psychické problémy klienta se projevují navenek v jeho problémech
Systémová	řešení problémů klienta je možné jen v rámci jeho vztahů
Ekologická	problémy klienta pramení ze špatné adaptace na sociální a fyzické prostředí
Úkolová	dodržuje se jasně strukturovaný a formulovaný postup
Sociálního fungování	cílem je zlepšovat sociální fungování klienta
Orientovaná na životní svět	orientuje se na zvládnutí podmínek života
Ekosociální	při řešení problémů podporuje využívání zdrojů uvnitř ekosystému
Systémově-procesuální	zdůrazňuje dialog mezi stranami konfliktu a hledání spravedlivého řešení

Zdroj: CHYTIL, O. Teoretické koncepty sociální práce.

2.1 KOMUNITNÍ PRÁCE

Cílem komunitní péče je začlenění jedince do komunity čili do společenství lidí, služeb a organizací. V komunitě probíhá léčba. Nastupuje v případech, kdy je nemocný jedinec schopen žít mimo lůžkové zařízení, ale potřebuje komplexní péči. Rozvinula se v době, kdy se začala hojně využívat psychofarmaka a došlo k hromadnému propouštění z psychiatrických ústavů. Léky však samotné nedokázaly zajistit adaptaci na život mimo ústav, bylo nutné zajistit nějakou návaznou péči.⁸⁸

Komunitní práce propojuje psychiatrickou péči se službami sociálními, ubytovacími, vzdělávacími, pracovními atd. Vychází z přesvědčení, že podporu člověk čerpá také od lidí ze svého okolí, které zahrnuje rodinu, přátele, sousedy apod. Dále čerpá z organizací ve svém okolí, ať už od těch, které poskytují běžné služby (např. kluby, spolky) nebo od těch, které nabízejí specificky zaměřené služby na duševní zdraví.⁸⁹

⁸⁷ Srov. CHYTIL, O. Teoretické koncepty sociální práce. In KUZNÍKOVÁ, I. s. 37 – 44.

⁸⁸ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 21.

⁸⁹ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 230.; Srov. ČEŠKOVÁ, E. Organizace psychiatrické péče. In SVOBODA, M. s. 80.

Komunitní pracovník funguje také jako vyhledávač lidí, kteří jsou v nepříznivé situaci. Zjišťuje, jaké jsou jejich potřeby a analyzuje způsoby jednání v dané komunitě. Snaží se zmenšit propast mezi vyloučenou skupinou a zbytkem společnosti.⁹⁰

Úlohu sociálního pracovníka lze chápat jako zprostředkovatele okolím nabízených možností klientovi⁹¹. Ten by totiž měl ve svém fungování využívat pozitivních jevů, které mu prostředí nabízí. Zároveň pracovník pomáhá klientovi působit na jeho prostředí, měnit ho tak, aby mu vyhovovalo. Pracovník by měl namotivovat klienta, aby jednal samostatně, prozkoumával možnosti svého prostředí a využíval ho. Komunitní práce obsahuje také působení na komunitní prostředí, aby nabízelo vhodné a potřebné služby⁹².

Významné jsou při práci s komunitou přístupy komunitní péče, komunitní vzdělávání a komunitní plánování⁹³. Mezi nejvýznamnější a nejpoužívanější koncepty komunitní práce se řadí tyto⁹⁴:

- zotavení (v českém prostředí se používá zároveň anglický název recovery, viz níže)
- „moderní“ rehabilitace
- podpůrné systémy v komunitě
- přijetí společností
- intervence založené na důkazech

Komunitní péče obsahuje systém služeb, které poskytují odbornou pomoc a podporu nemocnému jedinci i jeho okolí. Cílem je dosažení co největší soběstačnosti a kontroly nad svým životem. Významným faktorem je znalost místního prostředí, ve kterém jedinec bydlí.⁹⁵ Pak se dá pružně reagovat na konkrétní výzvy a potřeby a vhodně přizpůsobit sociální práci konkrétním podmínkám, tak aby byla co nejeftivnější.

Když se mluví o komunitní práci, nelze mít na paměti pouze dimenzi člověka s duševním onemocněním. Vždy jde i o dimenzi komunity, ve které lze hledat zdroje a pochopení. Sama komunita může přispívat ke snížení stigmatizace a zmírnění sociálního

⁹⁰ Srov. GOJOVÁ, V. Komunitní práce. In KUZNÍKOVÁ, I. s. 88 – 89.

⁹¹ Srov. PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O. a kol. s. 137.

⁹² Srov. PĚČ, O. Systém, komunitní péče, politika péče o duševní zdraví. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 198.; Srov. Van WEEGHEL, J. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 18 – 19.

⁹³ Srov. GOJOVÁ, V. Komunitní práce. In KUZNÍKOVÁ, I. s. 90 – 91.

⁹⁴ Srov. Van WEEGHEL, J. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 19.

⁹⁵ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 211.

vyloučení jedince tím, že se mu snaží pomoci, snaží se jej pochopit a přijmout. Vstřícný přístup okolí silně napomůže tomu, aby jedinec nestál na okraji společnosti.

2.2. PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE

Užívá se také pojmu „psychosociální rehabilitace“, který je starší, nebo jen „sociální rehabilitace“. Tato rehabilitace navazuje na terapeutickou a farmakologickou léčbu duševních onemocnění, které (zejména farmaka) jsou zaměřené na duševní nemoc, na tlumení symptomů. Člověk s duševním onemocněním však má potíže v celkovém fungování. Proto je tu psychiatrická rehabilitace, aby zvyšovala celkovou kvalitu jeho života. Návaznost sociální péče na péči zdravotnickou je zásadní pro zotavení.

Označuje různé postupy a typy intervencí, které jsou spojené s komunitní péčí. Cílem je dosažení samostatnosti osoby s duševním onemocněním. Je to snaha o dobré fungování v prostředí, aby byla co nejméně potřebná profesionální pomoc. Rehabilitace probíhá na rovině vnitřních přání a potřeb jedince, aby žil spokojený život, a také na rovině zvládnání nároků společnosti. Samozřejmě přednost se dává volbě klienta.⁹⁶

Psychiatrická rehabilitace se v průběhu 90. let přenášela na **nestátní neziskové organizace**, kde ji prostřednictvím sociálních služeb poskytovali sociální pracovníci. Zájem se totiž otočil k přirozeným podmínkám života lidí s psychickou poruchou. Lůžková oddělení přestala být jedinou možností, kde může rehabilitace probíhat. Existence těchto služeb a jejich poskytování ze strany sociálních pracovníků je impulzem pro změnu péče o psychiatrické pacienty.⁹⁷ Tento impuls momentálně vyústil v reformu psychiatrické péče a zejména ve vznik center duševního zdraví (viz samostatná kapitola).

Zásady rehabilitace osob s psychickým onemocněním jsou tyto: snažit se nacházet klientovi naději na lepší budoucnost, zdůrazňovat význam práce a smysluplného naplnění dne, zapojovat klienta aktivně do programu rehabilitace, dlouhodobost rehabilitace a spolupráce a propojenost jednotlivých institucí, které jsou v rehabilitaci zapojeny⁹⁸.

⁹⁶ Srov. PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 94.

⁹⁷ Srov. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. s. 9.

⁹⁸ Srov. PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 96.

Psychiatrická rehabilitace probíhá na úrovni práce, vzdělání, ubytování, společenských kontaktů a volného času. Cílem je ponechat pacienty v původním prostředí, naučit je strukturovat si čas, umožnit samostatnost, pěstovat společenské vztahy a podpořit jejich aktivitu. Zapojena jsou různá tréninková místa, kde si osvojují pracovní návyky, např. chráněné dílny. Na základě pozitivních zkušeností dochází k růstu sebedůvěry a sebevědomí.⁹⁹

Rehabilitace se podílí na osobním procesu **zotavení**, který konstruuje nový smysl a účel života s duševní nemocí. Cílem je žít spokojený, nadějný a přínosný život. K tomu vede změna přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností anebo rolí.¹⁰⁰ Nesnaží se zrušit symptomy, ale přizpůsobit způsob života okolnostem psychózy a naučit se žít a fungovat s ní. Mnoho osob s duševním onemocněním netouží ani tolik po úplném vymizení příznaků nemoci, jako po tom, naučit se s nimi fungovat a začlenit se do společnosti¹⁰¹.

Cestu k zotavení může člověk zahájit po překonání největší krize spojené s vypuknutím nemoci. Je to náročný a dlouhodobý proces, protože zahrnuje nejen onemocnění jako takové, ale i překonání stigmatu, které jedinec s nemocí získal, dále vedlejších účinků léčby, potíží způsobených nezaměstnaností a také smíření se s tím, že se musí vzdávat různých životních představ a plánů.¹⁰² Konkrétněji vede k uvědomění a přiznání si své nemoci, obnovení sebevědomí, posílení vůle a sebeovládání, nalezení mechanismů zvládnutí a budování a využívání sociální opory¹⁰³.

2.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální pracovníci poskytují pomoc a podporu osobám s duševním onemocněním ve formě různých sociálních služeb. Lidé s duševní nemocí se stávají klienty sociálních služeb. Cíli sociálních služeb jsou rozvoj či zachování soběstačnosti klienta, rozvoj schopností vést kvalitní život a snížení sociálních a zdravotních rizik a dopadů způsobu

⁹⁹ Srov. KUČEROVÁ, H. Psychoterapie. In SVOBODA, M. s. 79.

¹⁰⁰ Srov. ANTHONY; In PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 103.

¹⁰¹ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 220.

¹⁰² Srov. PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 104.

¹⁰³ Srov. YOUNG; ENSING; In PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 104.

života.¹⁰⁴ Všechny tyto cíle přiléhají i na osoby s duševním onemocněním jako cílovou skupinu.

Někteří autoři pomocí sociálních služeb definují sociální práci¹⁰⁵, čímž ji však redukuje právě na pouhé poskytování služeb.

Prostřednictvím sociálních služeb společnost podporuje lidi, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a nezvládají ji. Jsou nástrojem pomoci v péči o sebe sama, o domácnost a bydlení, při stravování, ale také při výchově dětí či prosazování vlastních zájmů a práv, dále zprostředkovávají společenský kontakt a poskytují informace. V samostatném životě klientům sociálních služeb brání nízký nebo naopak vysoký věk, zhoršený zdravotní stav, sociálně znevýhodňující prostředí nebo konflikt se společností.¹⁰⁶

Klientem může být nejen jednotlivec, ale i celá rodina nebo skupina lidí. Poskytovateli jsou nestátní neziskové organizace, příspěvkové organizace, fyzické osoby nebo organizační spolky státu. Propojují se zde rezorty sociálních věcí, zdravotnictví, školství. V práci s klienty s psychickým onemocněním jsou využívány všechny formy, tedy ambulantní, pobytová či terénní. Obecně lze sociální služby rozdělit na sociální poradenství, sociálně zdravotní péči a sociální prevenci.¹⁰⁷ Jednotlivé služby charakterizuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§ 37 až § 70)¹⁰⁸.

System sociálních služeb by měl poskytovat pestrou nabídku služeb, jež by měly být vzájemně propojeny¹⁰⁹. Foitová uvádí na základě několika výzkumů **požadavky**, které mají klienti s duševním onemocněním na sociální služby. Jsou jimi dostávání informací o nemoci, o možnostech podpory apod., pomoc v praktických záležitostech, jako je třeba bydlení, pomoc se zvládnutím krize a léčení a překonávání stigmatu. Navazuje výčtem aktivit, které jsou klientům nabízeny: rodinné intervence, case management, časná intervence, trénink dovedností, sebeřízení nemoci, kognitivní a behaviorální terapie, integrovaná léčba duálních diagnóz a podporované zaměstnávání a bydlení.¹¹⁰

¹⁰⁴ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 190.

¹⁰⁵ Srov. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. s. 20.

¹⁰⁶ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 190.

¹⁰⁷ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 191.; Srov. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. s. 39.

¹⁰⁸ Srov. Zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.10.2017. [online].

¹⁰⁹ Srov. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. s. 39.

¹¹⁰ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 220.

3 STIGMATIZACE

Pro sociální pracovníky je důležité vědět, jaké to je žít se stigmatem. Protože se pravděpodobně stane, že se s tím budou potýkat někteří jejich klienti. Tito lidé žijí osamocně, nemají stálého partnera, placené zaměstnání, ani strukturovaný denní program. Nemohou čerpat velkou sociální podporu, protože jejich sociální síť je omezená. Obecné potřeby a cíle však mají stejné jako ostatní lidé. V základu zahrnují dobré vztahy s rodinou a partnerem, opravdové přátele, zdraví, pohodlné bydlení, plnohodnotnou práci a smysluplný denní program, sebeúctu, uznání druhých a osobní rozvoj.¹¹¹

Osoby s duševním onemocněním tvoří jednu z nejvíce stigmatizovaných skupin. „*Jsou nejen objektem stigmatizace ze strany okolí, ale sami toto stigma zvnitřňují a jejich chování (stažení, útočnost) může být důsledkem těchto postojů.*“¹¹² Projevem je nejen znehodnocující přístup okolí, ale i pocity méněcennosti a nositele nálepky.¹¹³

Stigmatizace souvisí s vývojem pojetí duševních nemocí. Jejich postavení je vždy odrazem vyspělosti společnosti a kultury a úrovně vědeckých poznatků v dané době. Pramení z představ, podle kterých jsou psychicky nemocní lidé odlišní od lidí psychicky zdravých. Je potřeba ukázat, že jinakost nezaslouží trestání ani izolaci, ale pochopení a pomoc.¹¹⁴

Stigmatizace vzniká kvůli neznalosti problematiky, přičemž „*jednání založené na neznalosti a negativních postojích zpravidla vede k diskriminaci*“¹¹⁵.

Stigmatizace způsobuje **strach z vlastních psychických nemocí**, nevěli si takový stav přiznat. Přitom stav somatické nemoci, jako je třeba chřipka, se nikdo přiznat nezdráhá a také přesně ví, kde a jakou pomoc hledat. U duševního zdraví lidé tápou, kdo je vhodný odborník na jejich potíže a pletou si související profese, jako je psycholog a psychiatr.¹¹⁶ Naprostá většina nemocí není chápána jako důvod k sankcionování, s výjimkou historicky stigmatizovaných chorob. Kromě psychických nemocí jsou to např. pohlavní nemoci.¹¹⁷

¹¹¹ Srov. Van WEEGHEL, J. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 16.

¹¹² PROBSTOVÁ, V. Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 41.

¹¹³ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 22.

¹¹⁴ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 169.; Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 11.

¹¹⁵ NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Destigmatizační manuál*. s. 9.

¹¹⁶ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Etické problémy v psychiatrii. In SVOBODA, M. (ed.) s. 35.

¹¹⁷ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 22.

Odlišní jedinci vnímají, že je společnost neakceptuje a to často i navzdory tomu, co její členové hlásají. Pociťují odstup, i když třeba skrývaný či neuvědomovaný, který ostatní při interakci chovají. Není jim projevována taková úcta a pozornost, jako nestigmatizovaným. Může se však také stát, že dotyčný svou odlišnost využije ve svůj prospěch – k různým ústupkům, jako výmluvu apod.¹¹⁸

Své zkušenosti s těžkou stigmatizací popisuje pan Janíček. Veřejnost osoby s duševním onemocněním staví do izolace a ví o nich jen to, se dozvedí v médiích. Přitom podle něj není potřeba nějaké výsadní postavení, ale prosté pochopení a přijetí.¹¹⁹

Situace se mírně lepší a stigma psychiatrické diagnózy ubírá na síle. Některé jsou již společensky akceptovatelné, např. deprese. Současně lékaři začínají uznávat, že psychická stránka má vliv na fyzickou a není proto vhodné ji opomíjet. Zároveň však stále platí, že oblast psychických nemocí je při financování opomínána, a to dokonce v celosvětovém měřítku.¹²⁰

Je zde potřeba ovšem uvést, že ne u každého člověka ovlivňují projevy duševní nemoci jeho sociální status. Zároveň ne všichni lidé, se kterými se takový jedinec setká, jej budou nálepkovat a chovat se k němu podle stereotypů. Mnozí s ním budou soucítit, budou se snažit, aby se v interakci cítil komfortně a nebudou jeho odlišnost vyzdvihovat.

Postavení osob, které trpí duševní nemocí, se dramaticky zhoršilo ve **středověku**, kdy nad nimi převzala moc církev. Ta označila psychická onemocnění za trest boží a za ten se jala sama dotyčné trestat. V průběhu lidských dějin byli duševně nemocní lidé trestáni, týráni, v lepších chvílích historie se jim ostatní jen vyhýbali. Počet těch, kteří v nich neviděli zlo či nebezpečí, ale snažili se pochopit podstatu jejich odlišnosti, je takřka zanedbatelný. I poté, co byla duševním nemocem odebrána nadpřirozená síla a původ (v naší kultuře 19. století), byly techniky „léčby“ a ústavy podobnější týráni a vězení, než terapii a nemocnici.¹²¹

¹¹⁸ Srov. GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. s. 15, 17, 19.

¹¹⁹ Srov. JANÍČEK, J. Chceme přestat tajit, že se léčíme, depresi nepřekonáte vůlí, říká Janíček. *Apel DVTV*. [online].

¹²⁰ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Etické problémy v psychiatrii. In SVOBODA, M. (ed.) s. 35 – 36, 38.

¹²¹ Srov. OCISKOVA, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 13 - 21.

3. 1 STIGMA

Slovem stigma se označuje přívlastek, který může způsobovat diskriminaci svému nositeli. **Původně znamená** znak nebo stopu nesoucí nějaké svědectví, tělesný znak vypovídající o něčem neobvyklém, nedostatečném nebo nemorálním. Stigmatem býval cejch vypálený na kůži proto, aby byl dotyčný poznán a vyloučen ze společnosti. Stejně člověka izolovaly různé jizvy a projevy nemocí.¹²² Stěžejní pro dnešní význam jsou dva body, které se vyskytovaly napříč historií: odlišnost od normálnosti a vyčlenění ze společnosti.

V dnešním významu stigma označuje vyloučení z plného přijetí společností a hanbu. Jedná se o nějaký atribut, v jehož důsledku dochází k diskriminaci. Stigmatizovaný jedinec je podle „normální společnosti“ méně než člověk nebo horší než člověk, je morálně slabý, nebezpečný, vinen a nakažlivý. Díky těmto předpokladům bývají dotyční trestáni, vysmíváni, odmítáni nebo jim bývají omezována či úplně odebírána práva.¹²³ To je v naprostém rozporu s konceptem lidských práv, která jsou základní a neodnímatelná.

Je pochopitelné, že být nositelem stigmatu jedinci neprospívá, ale naopak. Mylné předpoklady, s jakými okolí k jedinci přistupuje, mu ubližují, berou mu motivaci svůj stav řešit, srážejí jeho sebevědomí a negativně ovlivňují jeho sebepojetí.

Sílu stigmatu a zjednodušování (opomíjení individuálních odlišností) dokazuje fakt, že nepříjemnou nálepkou psychiatrické nemoci si nesou i ti, jejichž diagnóza se na veřejnosti příliš neprojevuje a tedy nevyvolává údiv či obavy okolí. Přesto lze určit, že nejvíce stigmatizovanými jsou schizofrenici. U schizofrenie je totiž navíc ta potíž, že většina laické veřejnosti přesně neví, co si pod tímto pojmem představit a její představy jsou zkreslené. Jedním z prvků stigmatizace je však také nerozlišování jednotlivých diagnóz. Pro mnohé je vše prostě psychická porucha.¹²⁴

Stigmatizace vyvolává **emoční reakce** toho, vůči komu je namířená. Prožívá pohrdání, hněv, nenávisť nebo strach. Stigma duševní nemoci se projevuje v interpersonálním kontaktu, nejčastěji v rodině či v zaměstnání. Všechny tyto vztahy jím jsou ovlivněny a mohou být až zničeny. Zároveň se diskriminace může rozšířit i na členy rodiny nebo na psychiatrii jako obor, který se duševními nemocemi zabývá.¹²⁵ Tím pádem

¹²² Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 11.

¹²³ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 21.; Srov. GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. s. 7, 9.

¹²⁴ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 22, 27, 34.

¹²⁵ Srov. Tamtéž. s. 25.

i na sociální práci a sociální pracovníky. Stigmatizace psychiatrie se zakládá na názoru, že není seriózním medicínským oborem a že nepoužívá skutečné lékařské metody léčby. Co je však ze stigmatizace vyňato, je psychoterapie. Ta je veřejností přijímána celkem kladně.¹²⁶

Jev stigma je tvořen **3 složkami**: problémy znalostí, problémy postojů a problémy chování. Problém znalostí souvisí s ignorací. Povědomí veřejnosti o oblasti duševních poruch je nízké, laici nemají mnoho informací a ty, které mají, jsou z velké části mylné či nepřesné. Problém postojů souvisí s předsudky. Předsudek většiny o odlišné menšině se projevuje negativním postojem a emocemi, mezi které patří strach, nelibost, hněv, odpor anebo nepřátelství. Takové projevy vedou k distancování se od příslušníků menšiny. Problém chování souvisí s diskriminací, odmítáním a vyhýbavým chováním.¹²⁷

Zde se tedy (nejen) pro sociální pracovníky otevírá prostor, na kterém mohou **bojovat proti stigmatizaci** osob s duševním onemocněním a navracet jim tak důstojnost. Jednou z cest je rozšiřovat pravdivé informace o psychiatrii, psychiatrických diagnózách a psychiatrických pacientech. Tím se snažit dosáhnout změn ve stereotypním uvažování, vyvracet předsudky a vysvětlovat, jak skutečně vypadá život s psychickým onemocněním.

Stereotypní reakce ustupují spolu s tím, jak se s dotyčným okolím seznamuje a sbližuje. Naopak nastupuje pochopení a realistické hodnocení jeho vlastností. Goffman popisuje, že samy stigmatizované skupiny se snaží bojovat prostřednictvím zvolených mluvčích. Dále se využívají knihy, časopisy i filmy. Tedy všechna dostupná média – dnes by se přidal internet. Dále hovoří o přímé interakci – pokud člověk s nemocí pozná, že osoba, se kterou právě komunikuje, neví, jak se k němu chovat a jak být taktní, měl by jí situaci usnadnit. Např. jí zlehčit vtipnou poznámkou nebo vysvětlit druhému, o jaký handicap jde.¹²⁸

Destigmatizační kampaně přispívají k lepší kvalitě života lidí s duševním onemocněním a bojují proti jejich diskriminaci. Lze mezi ně zahrnout nejrůznější akce, namátkou některé vyberu. Např. od roku 1992 je 10. říjen stanovený světovým dnem duševního zdraví. Při takové příležitosti mohou být uvedeny reportáže o této oblasti nabízející destigmatizující informace. Výrazná je kampaň „Nevypusť duši“, která

¹²⁶ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 30.

¹²⁷ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 25 – 26.; Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 133.

¹²⁸ Srov. GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. s. 35, 65, 135.

zejména mezi školáky a studenty šíří informace o možnostech pomoci při psychických obtížích. Na stejnou skupinu je cílen i vzdělávací program Blázníš? No a! Národní ústav duševního zdraví pořádá filmový festival Na hlavu, kde promítání populárních i méně známých filmů a dokumentů doprovází přednášky a workshopy. Iniciativa Na rovinu je jedním z projektů probíhající psychiatrické reformy. Její destigmatizační poslání tkví v tom, že staví do jedné úrovně lidi s duševním onemocněním a lidi duševně zdravé, zdraví fyzické a zdraví duševní apod. Na jejich internetových stránkách lze nalézt např. rady, jak hovořit citlivě o člověku, který se potýká s duševní poruchou. Studenti psychologie v Brně vytvořili Projekt SPOLU, v jehož rámci se scházejí s pacienty v psychiatrických nemocnicích a zajišťují jim program v podobě výtvarných aktivit, procvičování kognitivních funkcí atd.

Pohled na člověka s duševní nemocí je ovlivněn, dá se říct tvořen, určitými **stereotypy**. A to také v médiích, což je velký problém. Stereotypem rozumíme rigidní, pasivně přijímané způsoby hodnocení určitých skupin lidí na základě letitých tradic a předsudků. Ovlivňují očekávání i chování lidí, protože jsou využívány k rychlé orientaci a kategorizaci. Poslouží v situacích, o kterých dotčený nemá dostatek informací nebo zkušeností. To vede ke zjednodušenému a iracionálnímu posuzování. Všichni příslušníci dané hodnocené skupiny se stávají identickými, hodnotitel nedbá jejich individuálních rozdílů.¹²⁹

Stereotyp duševně nemocného člověka je ve společnosti velmi rozšířený a typický. Tvoří jej vtipy o bláznech, hovorově používané obraty, zprávy publikované v masmédiích, umělecká díla včetně filmového průmyslu. Díky jeho všudypřítomnosti se mu lidé učí už od dětství. Různé narážky slyšíme neustále.¹³⁰ Takto je využívána celá problematika vážící se k psychiatrickým diagnózám. Nejde jen o osoby s duševním onemocněním, ale také o psychiatry, psychiatrická zařízení i proces psychoterapie. Z takto komplexně utvářeného obrazu není snadné se vymanit.

Stereotypní vnímání určitých skupin či jednotlivců nemusí mít pouze negativní dopad. **Kladným důsledkem** může být ochrana, soucit či kladení menších nároků na nositele stereotypu. Pozitivní důsledky však zdaleka nepřevažují.¹³¹

¹²⁹ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 21 – 22.

¹³⁰ Srov. Tamtéž. s. 22.

¹³¹ Srov. Tamtéž. s. 22.

Vysoký podíl na špatném vnímání lidí s diagnostikovanou duševní nemocí nesou **média**. Ta do značné míry utvářejí veřejné mínění. Sdělovací prostředky jsou hlavním zdrojem informací. Problém tkví v honbě za přitažlivostí a sledovaností. Není prostor vysvětlovat, sdělení jsou konstruována tak, aby zaujala, k čemuž patří i fráze a stereotypní vyjadřování v souladu s přesvědčením většiny.¹³²

Jedním proudem je zpravodajství, pro které je vždy velkou senzací událost, se kterou pojí někdo s psychickým onemocněním. Věnují takové události velký prostor, neustále se k ní vracejí, oslovují všechny možné odborníky i „odborníky“, aby se k věci vyjádřili. Informují o tom neustále dokola, i když už dávno nemají co nového by sdělily. Tím u veřejnosti vyvolávají dojem, že je to skutečně něco, nad čím by se měl každý pozastavit, co není normální. Často jde navíc o události, které přímo vyvolávají strach a nedůvěru, protože staví psychotiky do role pachatelů a násilníků a používají negativní atributy. Anebo jsou vykreslováni jako bezmocné oběti.

Druhým proudem je komerční odvětví, zejména filmová tvorba. Duševní nemoci jsou nevyčerpatelným tématem, ke všemu použitelným do jakéhokoli žánru. Blázní poslouží v komediích, ústavy z dob minulých v hororech a neschopnost žít běžný život v dramatech.

Takto je společnost médií vychovávána, ačkoli téměř žádné vyobrazení neodpovídá skutečnosti. Nejde ale jen o zkruslení problematiky, ale také o znevažování. Tímto média udržují stigma duševních nemocí a upevňují stereotypní představy. Ve skutečnosti nejsou lidé kvůli své diagnóze nebezpečnější než ostatní. To je způsobeno jinými faktory, jako je zneužívání v dětství nebo požívání návykových látek.¹³³

Martin Anders, předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, vidí zásadní problém v tom, že média při informování příliš nerozlišují mezi uživateli psychoaktivních látek a mezi psychotiky. Selhávání jedinců jednajících pod vlivem změněného stavu vědomí vrhá špatné světlo na úspěšnost léčby psychotických onemocnění.¹³⁴

Média by přitom mohla sloužit jako nástroj destigmatizace, čili odstraňování negativních nálepek. Musel by se však změnit způsob, jakým o oblasti psychických nemocí informují, i obsah těchto sdělení směrem k pravdivosti.

¹³² Srov. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. s. 133, 142 – 143.

¹³³ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 33.

¹³⁴ Srov. ANDERS, M. *Reforma psychiatrie už není jako yetti*. *Zdravotnický deník*. [online].

3.2 ZNAČKOVACÍ REAKCE

Značkovací nebo také nálepkovací reakcí se nazývá odezva okolí, jež vyústí ve značku či nálepku „duševní nemoc“. Takové označení může vést až k trvalé stigmatizaci. Nemocný si svou diagnózou začne vysvětlovat své chování a pro ostatní přestává mít další vlastnosti, nadále už je jen duševně nemocným člověkem.¹³⁵ Průběh nálepkovací reakce je znázorněn na obrázku č. 1.



Obr. 1: Proces stigmatizace¹³⁶

Existují 3 příčiny, ze kterých ke značkovací reakci dochází:¹³⁷

- méněcennost osob s psychiatrickou diagnózou ospravedlňuje jejich izolaci
- méněcennost osob s psychiatrickou diagnózou znamená lepší postavení zdravých osob
- zařazení do kategorie osob s psychiatrickou diagnózou urychlí a usnadní orientaci (viz stereotypy)

Většina značek, které se v běžné mluvě používají a jsou psychiatricky zabarvené, jsou hanlivé (např. „psychouš“, „magor“, „hysterka“ nebo „maniak“, i přídavná jména „zmagořený“). Pro zajímavost podotýkám, že i samotný Microsoft Word považuje většinu těchto výrazů za běžné a nepodtrhl je červeně. Tato označení však vyjadřují podřadnost, despekt a pohrdání vůči tomu, kdo je jimi pojmenován.¹³⁸ K tomuto lze připomenout, že nadávky jako imbecil a idiot byly původně oficiální diagnózy stupňů mentální retardace, ale musely být nahrazeny. Osobně vidím potíže také v tom, že v běžné mluvě nerozlišujeme, na koho tato slova použít. A tak je pro nás „pošukem“ kamarád, ze kterého si chceme udělat legraci, nadřízený, který nás vytočil, ale i skutečně duševně

¹³⁵ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 23.

¹³⁶ NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Destigmatizační manuál*. s. 9.

¹³⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M.; In OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. s. 23.

¹³⁸ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 23 – 24.

nemocný člověk, který se se svou nemocí trápí. Takovým zacházením problematiku zjednodušujeme, využíváme a dehonestujeme.

Na nálepkovací reakci se podílí 4 vzájemně se ovlivňující **faktory**:¹³⁹

- rozdělení společnosti na skupinu „my“ a skupinu „oni“
- aktuální vnímání rozdílů mezi lidmi
- negativní vlastnosti, které jsou přisuzovány dané skupině
- všechny druhy diskriminace

Jsou to zároveň faktory, na které mohou sociální pracovníci zaměřit svou osvětovou činnost. Tyto body je potřeba rozbít nebo alespoň upravit při snaze sejmout stigmatizující nálepkou ze skupiny duševně nemocných lidí.

Předsudky jsou definovány jako negativní emoční reakce¹⁴⁰, nebo širěji jako „*názorová strnulost, emočně nabitý, kriticky nezhodnocený úsudek a z něj plynoucí postoj (...), který se neopírá o porozumění*“¹⁴¹. Mezi časté předsudky patří, že předstírají nemoc, přehánějí, vyhýbají se odpovědnosti, jsou nebezpeční, slabí, vinní. A proto je potřeba se k nim chovat tvrdě, aby se vzchopili, ale také je izolovat a potrestat. Z několika výzkumů vyplývá, že ne úplně zanedbatelná procenta populace si myslí, že schizofrenie znamená rozpolcenou osobnost, že schizofrenici jsou nevyzpytatelní, hloupí, nebezpeční, trpí bludy a halucinacemi, chovají se jako blázni, měli by být izolováni a jejich chování by mělo být kontrolováno a regulováno.¹⁴² Očekává se od nich nezvyklé chování, nezodpovědnost, nekontrolovatelnost i ohrožení. Pokud si člověk někoho označuje jako duševně nemocného člověka, začne být extrémně vnímavý k neobvyklým projevům v jeho chování.

Stigma však nepřipisuje pouze laická veřejnost. Nálepkovací reakce probíhá i u samotných **lékařů a terapeutů**. Ti mají sklony různé příznaky podceňovat i přeceňovat, rezignují na vyléčitelnost, pohrdají některými diagnózami, nechce se jim vynakládat veškeré úsilí při léčbě. Pacienty posílají domů s tím, že potíže jsou jen v jejich hlavě. Častěji značkují sociálně níže postavené pacienty a ty, kteří jsou jim nesympatičtí. Je to způsob ventilace nespokojenosti a ospravedlnění selhání v terapii. Bohužel to může mít dosah do osobního života pacienta, pokud se nálepka od odborníka shoduje s nálepkou od rodiny a dalších blízkých. Díky tomu bude dotyčný pokaždé odbyt a nebude brán

¹³⁹ Srov. LINK, et al.; In OCISKOVA, M.; PRAŠKO, J. s. 24.

¹⁴⁰ Srov. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Destigmatizační manuál*. s. 8.

¹⁴¹ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. s. 454.

¹⁴² Srov. OCISKOVA, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 24, 27.

vážně.¹⁴³ Potvrzují to slova pana Janíčka, který má vlastní zkušenost s psychickou nemocí. Cítí, že je zdravotničtí pracovníci neberou vážně, což negativně ovlivňuje léčbu nepsychických onemocnění.¹⁴⁴

3.3 PŘIJMUTÍ VLASTNÍ DIAGNÓZY

Stigma psychické nemoci je natolik odstrašující, že se jedinec přirozeně zdráhá přiznat si, že by takovou nemocí mohl trpět sám. Chce se tak vyhnout potupě, kterou s sebou v očích ostatních nese. V důsledku toho dochází k pozdním návštěvám správných odborníků. Někteří se totiž upínají na somatické symptomy a navštěvují příslušné lékaře¹⁴⁵. I sociální pracovníci musí být připraveni na to, že jedinec třeba nebude chtít přijmout jejich pomoc¹⁴⁶. Jenže nevyhledání včasné pomoci může nemoc zhoršit, jedinec si tím své utrpení prodlužuje. Navíc tak projevy nemoci o to déle vystavuje svému okolí. A v posledku tím může své okolí až ohrožovat.

Obavy z psychických onemocnění, které jsou vyvolané stigmatizací, potvrzuje ve své řeči Marie Salomonová, která je nejen zakladatelkou projektu Nevypusť duši (viz kapitola Stigma), ale hlavně má sama zkušenost s duševním onemocněním.¹⁴⁷

Dotyčný musí přijmout nemoc jako součást sebe a svého života. Musí se smířit s dlouhodobostí nemoci a určitým omezením vlastní svobody.¹⁴⁸ Již v této fázi může nastoupit sociální pracovník se svou podporou. Může člověku, který zažívá nejistotu a obavy a kterému chybí podstatné informace, ukázat na příkladech jiných lidí, že to jde zvládnout a může to dokázat i on. On se zaobírá myšlenkami na svou budoucnost, jak se jeho život změní. Sociální pracovník může uklidňovat jeho přehnané obavy a povzbuzovat jej.

¹⁴³ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 31 - 32.; Srov. THORNICROFT, G. Zdravotníci jsou vůči duševně nemocným stejně stigmatizující jako ostatní, popisuje profesor Thornicroft. *Zdravotnický deník*. [online].

¹⁴⁴ Srov. JANÍČEK, J. Chceme přestat tajit, že se léčíme, depresi nepřekonáte vůlí, říká Janíček. *Apel DVTV*. [online].

¹⁴⁵ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 29.; Srov. Národní ústav duševního zdraví. Projekt DESTIGMATIZACE. *Na rovinu*. [online].

¹⁴⁶ Srov. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. s. 46.

¹⁴⁷ Srov. SOLOMONOVÁ, M. Schizofrenie? Neházejme diagnózami, duševně nemocní nejsou odepsaní, říká Salomonová. *Apel DVTV*. [online].

¹⁴⁸ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 35.

V oblasti sebepojetí je obtížné integrovat duševní onemocnění. Pokud se objeví v období mladé dospělosti, přináší obavy o studování, nastartování kariéry v práci, hledání životního partnera apod. Sebepečetí ovlivňuje spolupráci při léčbě¹⁴⁹.

Nastávající změna, která přichází s diagnózou, se týká sféry mezilidských vztahů, sociálních potřeb i psychického prožívání. Způsob, jakým tyto změny přijme a sžije se s nimi, závisí na sebehodnocení a vnímání toho, zda a nakolik z něj nemoc učiní méněcenného člověka.¹⁵⁰ Bohužel i lidé, kteří se se svou diagnózou vyrovnali a léčí se, jsou vystaveni předsudkům, které jim komplikují život a znesnadňují úspěšnost jejich léčby¹⁵¹.

Významnou roli v přijímání diagnózy v souvislosti se stigmatizací hraje rodina a blízké sociální okolí a to ve dvou směrech. Jedinec nechce způsobit potíže svým blízkým a uvrhnout je spolu se sebou do své ostudy. Takové obavy mohou vyústit v přerušování stávajících vazeb a nenavazování nových¹⁵². Ve druhém směru se bojí toho, jak jej ostatní přijmou. Má obavy, že ho rodina, sousedé a další zavrhnou, zahrnou jej výčitkami, nepochopí jej apod.

Proces smíření se je individuální, v jeho průběhu kolísá míra ztotožnění s nemocí i se skupinou stejně nemocných lidí. V přijetí svého stigmatu mohou pomoci lidé stejně stigmatizovaní. Mezi takovými najde útěchu, pochopení, vysvětlení a bezpečí. Stigma tedy může lidi také spojovat a vytvářet sociální skupiny.¹⁵³

3.4 SEBESTIGMATIZACE

Sebestigmatizace je vlastně vyšší úroveň stigmatizace, neboť z ní vychází a bez ní by nevznikla. Podstatou je, že jedinec zná stigma, jež se váže k jeho vlastní situaci a ví, co si o takovém stavu ostatní lidé říkají a myslí v negativním smyslu. Tyto jejich názory daný jedinec přijme za své a ztotožní se s negativním hodnocením.¹⁵⁴

Člověk trpící např. depresí si tedy skutečně začne sám o sobě myslet, že je líný a tudíž odsouzeníhodný. To má katastrofální dopad na jeho život. Ztrácí motivaci k léčbě

¹⁴⁹ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 218.

¹⁵⁰ Srov. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 36.

¹⁵¹ Srov. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Destigmatizační manuál*. s. 3.

¹⁵² Srov. GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. s. 42.

¹⁵³ Srov. Tamtéž. s. 30, 50.

¹⁵⁴ Srov. Národní ústav duševního zdraví. Projekt DESTIGMATIZACE. *Na rovinu*. [online].

a přestává se snažit o běžné fungování. Klesá jeho sebevědomí, sebeúcta a sebehodnocení a připisuje si špatné vlastnosti. Vede to také k tomu, že se sám izoluje od ostatních lidí. Protože se před nimi za svou neschopnost stydí a nechce se vystavovat jejich nepříznivým reakcím.

3.5 OBLASTI, VE KTERÝCH SE STIGMA PROJEVUJE

„V důsledku stigmatizace dochází u lidí s duševním onemocněním ke zhoršení přístupu k péči o fyzické i duševní zdraví, ke zhoršení ekonomické situace a možnosti vzdělávání a uplatnění na trhu práce i ke ztížení navazování a udržování sociálních vztahů.“¹⁵⁵

Většinou nejsou schopni hájit své zájmy ve společnosti. Patří do skupiny ohrožené nedodržením jejich práv.

Psychická nemoc snižuje soběstačnost člověka, čímž se stává do určité míry závislým na pomoci okolí. Tato omezení mohou vyústit až v invalidní důchod. O tom hovoří např. pan **Mikšátko**, který trpí schizofrenií, která mu neumožňuje volný pohyb venku. Nemoc způsobuje strach z jakýchkoli prostranství, takže po důvěrně známé trase se dokáže pohybovat s oporou hole, ale do větší vzdálenosti potřebuje jít v doprovodu známého člověka.¹⁵⁶

3.5.1 Vztahová oblast

Lidé jsou sociální bytosti. To znamená, že aby lidský život byl plnohodnotný, potřebuje být ve styku s ostatními lidmi. Díky tomu lidé naplňují emocionální, sociální i biologické potřeby. Kontakt s jinými lidmi má pozitivní účinky. Žijí bohatší citový život, věnují se svým zájmům, omezují vliv stresu, stávají se samostatnými a dosahují materiálních potřeb.¹⁵⁷

¹⁵⁵ Národní ústav duševního zdraví. Projekt DESTIGMATIZACE. *Na rovinu*. [online].

¹⁵⁶ KADLEC, J. Schizofrenie se může projevit komukoli, všichni v sobě máme spouštěče, říká nemocný Pavel Mikšátko. *Budějcká Drbna* [online].

¹⁵⁷ Srov. ŠLEPECKÝ, M.; ZIBRÍNOVÁ, L. Trénink sociálních způsobilostí. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 83.

Osoby s psychiatrickým onemocněním mají potíže v komunikaci s druhými lidmi. Jejich schopnost převádět myšlenky do verbální podoby je omezená. Je pro ně obtížné jednak vyjadřovat se tak, aby byli pochopeni a jednak porozumět tomu, co jim sdělují ostatní lidé. Mají potíže přizpůsobit nonverbální projevy svému tvrzení, např. výrazem tváře nepřiléhavě vyjadřují emoce. Z mnoha diskuzních témat jsou úplně vyloučeni a tím izolováni od společnosti. Často nemají co říct o práci nebo o škole, protože s nimi nemají zkušenosti, či o kulturních dílech nebo událostech, protože se jich neúčastní. Tím se jejich neschopnost komunikace prohlubuje a straní se společnosti jiných lidí.¹⁵⁸

Společenské izolaci napomáhají také hospitalizace v nemocnici, kvůli kterým jsou přerušovány společenské vazby s ostatními lidmi¹⁵⁹.

Psychické onemocnění bývá zátěží pro celou **rodinu** nemocného člověka. Dopady záleží na diagnóze, na rodinné roli (dítě, manžel, rodič), a na rodinném stylu, jak přijímá potíže, jak reaguje, jak podporuje atd. Roli hrají také zkušenosti rodiny s různými obtížnými situacemi, s nemocemi, ale i se zdravotnickým systémem. To ovlivní, jak se příbuzní k diagnóze postaví. V rodinných vztazích nemocný nalézá hlavní zdroj podpory, často dokonce jediný.¹⁶⁰ Rodina většinou reaguje nápomocně, omezí některé kontakty a naopak posílí ty, ze kterých by mohla těžit pomoc¹⁶¹.

Do sociální izolace postupně mohou upadat další rodinní příslušníci, protože se o nemoci stydí mluvit s jinými lidmi nebo o ní nemluví s ohledem na soukromí nemocného. Stává se, že sami přemlouvají nemocného člověka, aby nenavštěvoval psychiatra, aby se vzchopil, že jeho potíže nejsou tak závažné apod. Někdy se snaží mírnit příznaky nemoci tím, že za nemocného vyřizují záležitosti, na které sám nestačí. Mohou u nich propuknout pocity viny za onemocnění i za to, že jsou v této náročné situaci na nemocného přísní a pociťují vůči němu různé negativní emoce a myšlenky.¹⁶²

Tlak na členy rodiny se projevuje i v tom, že je potřeba upravit životní styl a fungování rodiny, na který je zvyklá. Zejména chování do školy nebo do práce může vyžadovat úpravu. Potřeba péče o člena s onemocněním a zároveň jeho snížená schopnost

¹⁵⁸ Srov. ŠLEPECKÝ, M.; ZIBRÍNOVÁ, L. Trénink sociálních způsobilostí. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 85.

¹⁵⁹ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 169.

¹⁶⁰ Srov. SAVENJE, A. Rodina a psychiatrické onemocnění. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 199, 203.

¹⁶¹ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. s. 101.

¹⁶² Srov. SAVENJE, A. Rodina a psychiatrické onemocnění. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 199.; Srov. OCISKOVA, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. s. 37.

pracovat vyžadují čas, který musí ostatní vyčlenit. To dohromady znamená snížení finančního příjmu rodiny. Naopak náklady se mnohdy zvyšují.¹⁶³

Pro rodinu jsou v této situaci významné následující kompetence, protože jí pomáhají situaci zvládnout, zachovat dobré vztahy mezi členy, nastavit nový program fungování a vyrovnat se s těžkostmi: informace o nemoci, přístup k ní a dosud známé příčiny, zaměření se na silné stránky, sdílení emocí, komunikace uvnitř rodiny, hranice v rodinném kruhu, řešení problémů, obnovení společenských vazeb a jednání se zdravotníky. K posilování těchto oblastí může rodině pomoci sociální pracovník. Pokud se rodina dokáže se situací vyrovnat a najde nový způsob fungování, má to pozitivní vliv i na samotný průběh duševního onemocnění¹⁶⁴.

3.5.2 Zaměstnání

V důsledku psychické nemoci (spíše jejího vlivu na kognitivní funkce¹⁶⁵) může dojít ke ztrátě nebo změně zaměstnání. To vede k nejistotě a obavám o budoucnost. Zejména po propuštění z hospitalizace je situace náročná. Sociální pracovník by měl vyhledávat a posilovat schopnosti klienta, které by mu umožnily návrat do pracovního procesu. Je vhodné na tom začít pracovat ještě před ukončením pobytu.¹⁶⁶

Kromě finanční odměny, kterou za práci jedinec získává, má i další výhody. Funguje jako výplň volného času, je to aktivita, kterou se zabaví. I když se svým onemocněním často zvládne pracovat jen pár hodin týdně. Skutečnost, že dokáže vykonávat povolání, mu dodává sebevědomí a obnovuje sebedůvěru. Posiluje svou schopnost zvládat svůj handicap a žít s ním. V neposlední řadě je to příležitost ke společenskému kontaktu.¹⁶⁷

Hlouběji je lidská práce výrazem sebepotvrzení a místem seberealizace. Pro lidi je naprosto zásadní. Člověk prací naplňuje svůj cíl, takže je to vědomá a účelná činnost. Je to určitý způsob zviditelnění, kdy jedinec vkládá svůj otisk do prostředí.¹⁶⁸

¹⁶³ Srov. SAVENJE, A. Rodina a psychiatrické onemocnění. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 199 - 200.; Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. s. 101.

¹⁶⁴ Srov. SAVENJE, A. Rodina a psychiatrické onemocnění. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 205 – 207.

¹⁶⁵ Srov. PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O. a kol. s. 149.

¹⁶⁶ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. s. 100.

¹⁶⁷ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 169.

¹⁶⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 11.

Přesto jsou někteří lidé upozaděni v procesu jejího získání. Děje se to právě díky stigmatu duševní nemoci, se kterým se pojí předsudky, že tito lidé nejsou schopni pracovat, chybí jim pracovní návyky apod. Z toho důvodu někteří zaměstnavatelé kandidáty s duševní nemocí rovnou škrtají.¹⁶⁹

Se zaměstnáním souvisí oblast vzdělávání, protože pro některé pozice určité dosažené vzdělání podmínkou. I ve vzdělávací sféře však osoby s duševním onemocněním narážejí na spoustu překážek a jsou znevýhodněné.

Pro osoby s duševním onemocněním existují různé formy podporovaných a chráněných pracovních míst. I toto se však pojí se stigmatizací, např. že tito lidé mohou pracovat pouze ve výjimečném prostředí. Oni však mají nárok i přání pracovat v běžném zaměstnání jako duševně zdraví lidé.

3.5.3 Bydlení

Sociální práce podporuje samostatnost klienta. To platí i v případě jeho bydlení. Na osobnostní rozvoj má pozitivní dopad schopnost žít samostatně ve své domácnosti. Vhodná je přítomnost podpůrných služeb v okolí bydliště klienta. Ne každý to však dokáže a pro tyto případy existuje několik forem bydlení: chráněné bydlení, podporované bydlení v bytové jednotce s dalšími lidmi nebo samostatné, domy na půli cesty, byty na půli cesty nebo dlouhodobé chráněné bydlení. Tyto formy ubytování jsou cenově dostupné a důstojné¹⁷⁰. Slouží nejen jako bydliště, ale také jako místo tréninku sociálních dovedností a samostatnosti¹⁷¹.

3.5.4 Volný čas

Využití volného času je pro osoby s duševním onemocněním problematické. Z rozhovorů, které jsem vedla se sociálními pracovníci (viz Diskuze), jasně vyplývá,

¹⁶⁹ Srov. WINKLER, P. Pětina Čechů ročně prožije psychické onemocnění. Za stigmatizaci může i komunismus, tvrdí expert. *Info.cz* [online].

¹⁷⁰ Srov. PRAŠKO, J.; BAREŠ, M.; HORÁČEK, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*. s. 43.

¹⁷¹ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. s. 174.; Srov. PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O. a kol. s. 146.

že vymyslet si nějakou aktivitu a věnovat se jí, je pro ně vlastně nejtěžší potíž. Tito lidé neumí využívat volné chvíle, naplnit je nějakou činností. Často jde o to, že se nemohou dále věnovat svému původnímu koníčku a musí si najít nový¹⁷². Mají to ztížené zvýšenou únavou a dalšími vedlejšími účinky léků, ale také problematickou socializací. Nemohou plánovat, když je nejistý průběh a kdy přijde ataka.

Přitom právě navazování sociálních kontaktů se při provozování volnočasových aktivit nabízí. Dále rozvíjí různé kompetence a dovednosti i kognitivní funkce, ale také posiluje sebevědomí a dobrý pocit ze sebe, že něco dokáže. Zlepšování se v dané činnosti také přináší pozitivní sebehodnocení, navíc trávit čas zábavně působí pozitivně na náladu.¹⁷³

3.6 MÝTY SPOJENÉ S DUŠEVNÍMI NEMOCEMI

- Nebezpečnost psychiatrických pacientů – z hlediska páchání násilných činů se nevykrají z běžné populace, říká primář psychiatrického oddělení českobudějovické nemocnice Jan Tuček.¹⁷⁴
- Marie Solomonová z projektu Nevypuť duši vyjmenovává příklady: deprese je lenost, schizofrenie způsobuje rozdvojenou osobnost a anorexie se týká jen dívek.¹⁷⁵
- Nedokáže pracovat na vedoucích pozicích nebo vůbec. Ženy by neměly mít děti, protože se o ně nedokáže postarat. Nejsou schopní žít běžným životem. Všichni schizofrenici mají stejné projevy a schizofrenii způsobuje marihuana.
- Z duševní nemoci se nelze uzdravit – je to možné. Duševní nemoci mají jednoznačný původ – na vypuknutí psychické nemoci se podílí komplex faktorů, který je vždy individuální. S duševním onemocněním klesá inteligence člověka, případně nemoci propukají u lidí s nižší inteligencí – tyto faktory na sobě nezávisí. Na člověku je poznat, že trpí duševní poruchou – to pravda být sice může, ale není to pravidlem. Duševně nemocní lidé nejsou schopni vnímat správně realitu – to se děje výjimečně u akutních stavů psychózy.¹⁷⁶

¹⁷² Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. s. 102.

¹⁷³ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 170.

¹⁷⁴ Srov. Česká televize. *Studio ČT24*. [online].

¹⁷⁵ Srov. SOLOMONOVÁ, M. *Mýty kolem duševního zdraví nemocným škodí*. *Patálie.cz*. [online].

¹⁷⁶ Srov. Národní ústav duševního zdraví. *Fakta a mýty*. *Na rovinu*. [online].

4 ETIKA

4.1 ZÁKLADNÍ POJMY

Etika je filosofickou disciplínou, jež se zabývá mravním vědomím lidí a stanovuje, jaké jednání a smýšlení mravné je a jaké nikoli. Jelikož tímto usměrňuje naše chování, je vědou praktickou.¹⁷⁷ Zároveň teoreticky zkoumá, jaké hodnoty a principy vedou lidi k rozhodování jednat v určité situaci daným způsobem. Podmínkou je tedy možnost svobodného výběru z několika variant možného chování. Tuto schopnost lze označit přímo jako morální rozhodování.

Etika jako věda nemá za cíl přímo formulovat příkazy a povinnosti. Cílem je spíše stanovovat kritéria, podle nichž je možné rozlišovat, co je mravné a co nikoli, co je kladné a co záporné. Tyto póly tvoří etické kategorie. Etika také hledá nejvyšší hodnotu – k té by měl směřovat jedinecův život. Etika tedy řeší podstatu mravních norem.¹⁷⁸

Sokol rozlišuje 3 roviny toho, čím se při jednání lidé dávají vést: společný mrav, individuální morálka a etika v užším smyslu čili hledání lepšího a nejlepšího. Společné mravy jsou takové, které přejímáme od okolí již od dětství a jejichž dodržování bývá vyžadováno.¹⁷⁹

Etické zásady konkrétních společností mají trvalý charakter¹⁸⁰, než se v dané společnosti ustálí, je to dlouhodobý proces. Jejich změna není něco běžného, ovšem někdy je to nutné. Ukazuje se tím odpovědnost – členové společnosti jsou za své morální zásady odpovědní a měli by je revidovat. Pokud se nějaká zásada osvědčí jako nevhodná, je žádoucí ji upravit či zrušit. Roli tu hraje hodnotový systém, který si individuálně utváří každý jedinec, ale zároveň bývá v rámci dané společnosti do určité míry shodný. Čili zda konkrétní společnost hodnotí nějaké jednání jako etické, záleží na tom, jaký v ní panuje systém hodnot.

Nejjednodušeji definuje **hodnoty** profesor Nakonečný, který tak ve svých přednáškách a pracích označuje prostě cokoli, co je pro člověka subjektivně důležité, co má pro něj význam a co považuje za dobré¹⁸¹. Podle hodnot se jedinec orientuje ve svém životě a přizpůsobuje jim svou volbu. Funguje to však i naopak, kdy jsou hodnoty posuzovány z hlediska etické přijatelnosti¹⁸².

¹⁷⁷ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 12.

¹⁷⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 43 - 44.

¹⁷⁹ Srov. SOKOL, J. *Etika a život*. s. 66 – 68.

¹⁸⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 15.

¹⁸¹ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie: přehled základních oborů*. s. 762.

¹⁸² Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 19.

Je žádoucí zde vymežit také pojem „**morálka**“, který s etikou souvisí snad nejúžeji, dokonce s ní bývá ztotožňován či zaměňován, což je však chyba. Můžeme říci, že morálka je soubor norem a hodnot každého konkrétního jedince, případně skupiny¹⁸³. Zatímco etika je obecnější pojem, který se týká norem platných ve společnosti celkově. „*Normy jsou sociální pravidla jednání*“¹⁸⁴, udávají řád, který usnadňuje orientaci ve světě¹⁸⁵. Jinak lze také říci, že „*etika obsahuje etické principy a hodnoty, zatímco morálka obsahuje pravidla*“¹⁸⁶.

Morálka je proměnlivá, tvoří ji individuální pravidla, názory, ideály, hodnotící soudy a instituty. Jedinec se jí řídí ve svém jednání podle toho, zda zamýšlené jednání vyhodnotil jako správné či nikoli. Pokud je chování morální, tak se shoduje s vlastním svědomím, ale nemusí nutně být také mravné. To záleží na tom, zda se konkrétní morální pravidlo shoduje s etickým pravidlem společnosti¹⁸⁷.

Morálku člověk získává z kontaktu s jinými lidmi. Vštěpování mravních pravidel probíhá od rodiny, od přátel a od veřejných činitelů, ve škole, z lidových tradic, z umění, z náboženství i od mediálních institucí. Na základě osobních zkušeností si člověk vytváří systém mravních pravidel. U tohoto je vhodné uvést poznámku, že ne vždy se to, co většina společnosti považuje za správné, shoduje s tím, co je skutečně eticky správné.¹⁸⁸

Dalším základním pojmem je **svědomí**. Je to rozumová schopnost jedince, kterou posuzuje a hodnotí vlastní jednání¹⁸⁹. Orientuje lidské chování podle morálních norem, které člověk přijal za své. Mít svědomí znamená předvídat následky svého činu a rozhodnout se, zda se tak skutečně zachovat. Lidé se vždy musí řídit svým svědomím, přestože se může mýlit. Znamená to konat vždy to, o čem jsou přesvědčení, že je dobré. Samozřejmě s ohledem na práva ostatních lidí. Podmínkou je svobodná volba jednání. Samo podmiňuje odpovědnost, ale i důstojnost jedince. Svědomí má člověk neustále rozvíjet a to i za pomoci rad ostatních lidí.¹⁹⁰

V eticky zaměřené práci se sluší rozlišit etické dilema od etického problému. Tyto pojmy bývají často zaměňovány v domnění, že označují totéž, anebo mohou být prohazovány. Ve skutečnosti se spíše jedná o stupňování problematické situace, v níž se

¹⁸³ Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. s. 25.

¹⁸⁴ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. s. 105.

¹⁸⁵ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. s. 50.

¹⁸⁶ NEČASOVÁ, M. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 82.

¹⁸⁷ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 20 – 21.

¹⁸⁸ Srov. Tamtéž. s. 43, 47.

¹⁸⁹ Srov. MACHULA, T. Sebeurčení a autonomie jedince. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 140.

¹⁹⁰ Srov. SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*. s. 64 - 67.

jedinec musí morálně rozhodovat. **Dilema** znamená volbu mezi dvěma nebo i více alternativami, z nichž však ani jedna nepředstavuje optimální řešení vzniklé situace či daného problému. Obě cesty přinesou negativní výsledek. Proto je tak obtížné si jednu cestu zvolit a rozhodující si neví rady. Oproti tomu **problém** příhodné řešení má, jen není snadné jej dosáhnout anebo se vykonavateli přičítí. Jednu konkrétní situaci může každý prožívat jinak – co je pro někoho rutinní rozhodnutí, pro druhého může představovat neřešitelný případ¹⁹¹.

Pracovníci v pomáhajících profesích jsou dilematům vystaveni častěji než zaměstnanci ostatních oborů, protože se nezabývají jen tím, zda je něco morální nebo naopak nemorální. Snaží se také pomoci klientovi změnit jeho nepříznivou životní situaci. Okolnosti této situace komplikují jejich vztah.¹⁹²

Lidé jsou bytostí nadané základními právy a souvisejícími povinnostmi¹⁹³. Téma **lidských práv** vymezuje hodnoty, o nichž panuje přesvědčení, že patří každému člověku a poukazují na jeho důstojnost, jedinečnost a rovnost. Patří každému člověku právě proto, že je člověkem, tedy platí pro všechny bez rozdílu. Mají určitá kritéria, aby za základní právo nemohlo být označeno cokoli, „co se zamane“.¹⁹⁴ Požadavek respektování lidských práv se vztahuje i na sociální práci. Ta je chráněna pomocí metody vidět – posoudit – jednat, kdy nejdříve musí být zpozorováno, že se problém týká lidských práv. Následuje analýza problému a situace včetně účastníků a poté reakce sociálního pracovníka.¹⁹⁵

Lidská práva vyplývají z lidské **důstojnosti**. Ta pramení ze 3 zdrojů, a to ze stvoření člověka k Božímu obrazu, ze schopnosti myšlení a rozhodování a ze svobody a svědomí.¹⁹⁶

4.2 ETIKA V SOCIÁLNÍ PRÁCI

Sociální práce s osobami s duševním onemocněním v sobě nutně nese **etickou složku**. Zahrnuje to, jakým způsobem sociální pracovník vnímá své klienty, jakým způsobem

¹⁹¹ Srov. NEČASOVÁ, M. Profesionální etika. In MATOUŠEK, O. a kol. s. 24.

¹⁹² Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 50.

¹⁹³ Srov. MACHULA, T. Sebeurčení a autonomie jedince. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 136 - 137.

¹⁹⁴ Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. s. 22.; Srov. JANDEJSEK, P.; KOMBERCOVÁ, Z. Lidská práva a sociální spravedlnost v sociální práci. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 96 - 97.

¹⁹⁵ Srov. JANDEJSEK, P.; KOMBERCOVÁ, Z. Lidská práva a sociální spravedlnost v sociální práci. s. 109.

¹⁹⁶ Srov. MACHULA, T. Sebeurčení a autonomie jedince. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 138.

k nim přistupuje i jakým způsobem prezentuje svou práci a své klienty před jinými lidmi. Etický nárok je kladen na osobnost sociálních pracovníků a jeho zvládání je dlouhodobý dynamický proces vyžadující osobnostní růst a kultivaci. Pracovník by měl na svém vývoji pracovat pomocí sebevzdělávání, supervize i sledováním vývoje teorií, metod a technik sociální práce, ale i eticky zaměřených dokumentů, jako jsou kodexy, charty a další¹⁹⁷. Protože by si měl být vědom, že s novými poznatky se mění i teorie a metody a je lepší být vnímavý k novým informacím, než striktně lpět na kdysi naučených postupech¹⁹⁸.

Etika sociální práce představuje soubor mravních zásad, kterých by se měl pracovník držet¹⁹⁹. Některé úkony sociálního pracovníka nejsou eticky relevantní, ale pokud se týkají blaha klienta, mohou jej poškodit, pak jsou. Etika téměř neustále zasahuje do oblasti sociální práce, avšak ne ve smyslu určování, co je dobré. Spíše jde o požadavek citlivého promyšlení a hledání východisek v dilematických situacích.²⁰⁰

Spadá sem mnoho témat a myšlenek, různé problémy a dilemata, které není snadné řešit. Obtížnost ještě zvyšuje složitost etických směrů, která však pouze odráží náročnost etického chování. Etická vyzrálost nebo aspoň uvědomělost je součástí profesionality sociálního pracovníka.

Profesionál je člověk, který vykonává svou práci správně, je pečlivý a šikovný, ovládá metodiku práce a řídí se etickými normami. Jedná v souladu s rolí sociálního pracovníka a je schopen odhlížet od svých osobních zájmů.²⁰¹

V sociální práci etika zahrnuje vztahy mezi těmito 3 oblastmi: osoba klienta, společenské prostředí a okolnosti a osoba sociálního pracovníka. Právě proto, že jde o vzájemné mezilidské vztahy mezi účastníky, se otevírá prostor pro etické myšlení. Prání klienta musí být plněna s ohledem na zájmy ostatních.²⁰² Sociální pracovník ve vztahu s klientem zastupuje společnost a má na své straně zákon a stát²⁰³.

Etiku sociální práce tvoří soubor norem a pravidel pro chování a jednání sociálních pracovníků. Obecně lze uvést tyto **principy**, na jejichž základě eticky jednající profesionál pracuje: chová se ke klientovi slušně a zdvořile, uvědomuje si složitost

¹⁹⁷ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. s. 30.

¹⁹⁸ Srov. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. s. 10.

¹⁹⁹ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. s. 55.

²⁰⁰ Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. s. 17, 20 – 21.

²⁰¹ Srov. NEČASOVÁ, M. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 73.

²⁰² Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. s. 14, 16.

²⁰³ Srov. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. s. 113.

klientovy životní situace, přistupuje k němu s empatií a odpovědností a využívá své komunikační zručnosti.²⁰⁴

Etické **zásady**, které by si měl sociální pracovník osvojit, jsou tyto: advokacie, autonomie, cílevědomost, důstojnost, důvěrnost, mlčenlivost, neškodit, prospěšnost, společné dobro a spravedlnost. Dohromady jsou skupinou principů, které podporují důstojnost člověka a vyjadřují k němu respekt.²⁰⁵

Sociální pracovník se s etikou střetává na **několika rovinách**. Je to etická rovina přímého vztahu mezi klientem a pracovníkem, která řeší hlediska jejich interakce. Dále je to etická rovina různých institucí a organizací, se kterými klient či pracovník spolupracují, jako je např. vzdělávací systém nebo zdravotnické zařízení. A do třetice se jedná o etickou rovinu společenské atmosféry, čili kulturně politický vliv na formulaci etických postojů k obecným problémům.²⁰⁶

Řešení etického problému či dilematu vyžaduje **objektivní posouzení** všech faktů. K tomu patří přihlídnutí k jiným perspektivám a pojetím etiky, než jsou vlastní.²⁰⁷ Zodpovědný a mravně jednající sociální pracovník si toho je vědom a chová se podle toho.

Do osobnostní výbavy sociálního pracovníka patří schopnost **sebereflexe**, která je předpokladem odpovědnosti. Odpovědný pracovník zpětně promýšlí svá rozhodnutí a hodnotí, zda skutečně jednal v zájmu největšího blaha klienta a nikoli podle svých zájmů. Reflektuje pohnutky, které ho vedly k danému jednání.

Dobrý pracovník se umí sebekriticky zhodnotit, např. zda si dovede poradit s konkrétní situací, ve které se ocitl nebo vyřešit daný problém, před kterým stojí. Pokud sezná, že je pro něj problematika příliš náročná, může se obrátit na kolegu či jiného odborníka. Je nesmírně důležité znát své hranice. Díky sebereflexi pracovník bude vědět, nejen kde leží hranice jeho výkonu, ale také kam klást hranici ve vztahu ke svým klientům.

Sebeuvědomění jej vede ke zlepšování vlastních dovedností, aby byl schopen svým klientům nabízet co nejkvalitnější pomoc. Zkoumáním sama sebe pracovník pozná

²⁰⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 50.

²⁰⁵ Srov. Tamtéž. s. 54 - 55.

²⁰⁶ Srov. Tamtéž. s. 76.

²⁰⁷ Srov. Tamtéž. s. 94.

a promyslí svou hodnotovou orientaci, která jej směřuje při mravním rozhodování. Pochopí také své potřeby, které je třeba naplňovat, aby v práci nedocházelo ke frustraci.

Se sebehodnocením částečně souvisí psychická odolnost sociálního pracovníka. Tato vlastnost je podstatná, protože různé eticky konfliktní situace mohou vytvářet **stres**. Rozhodování mezi protichůdnými stranami je náročné, důsledky jsou závažné. A tak by pracovník měl vědět, jak stres a frustraci odbourat, jak se s nimi vyrovnat. Počínaje připraveností na to, že se s nimi při své práci setká.

Ačkoli psychózy zasahují do všech oblastí života jedince, nelze jedince **ztotožnit s jeho diagnózou**. Nelze položit rovnítko mezi člověka a jeho nemoc. Je to jen jedna z mnoha jeho charakteristik, proto na něj nelze nahlížet pouze perspektivou nemoci. Lidé s duševním onemocněním jsou schopni vést běžný život.

Sociální pracovníci by měli směřovat k tomu, aby se život nemocného člověka netočil jen kolem jeho diagnózy a léčení, ale měly by být podporovány ostatní roviny jeho života. Zdůrazňováním zdravých a pozitivních částí jeho osobnosti lze dosáhnout zkvalitnění života.²⁰⁸ Tomu odpovídá také trend označování jako „osoba s duševním onemocněním“ nebo „člověk s psychiatrickou diagnózou“ a nikoli „duševně nemocná osoba“, „psychicky nemocný člověk“ apod. Druhý styl pojmenování totiž svým způsobem definuje jedince, ke kterému se váže. Zatímco první způsob spíše evokuje jednu z jeho charakteristik.

Kvalitu vztahu mezi sociálním pracovníkem a jeho klientem ovlivňuje **hodnotový systém** a to hned na několika rovinách. Nejedná se pouze o hodnoty těchto dvou účastníků, ale také o hodnoty dané profesí a hodnoty uznávané společností. Takto hodnoty působí také na vztahy pracovníka k jeho kolegům a podobně. Je žádoucí, aby sociální pracovníci v rámci své profese měli své hodnotové systémy totožné nebo alespoň co nejvíce podobné. Je to proto, že na jejich základě nejen volí metody práce, ale také etické principy.²⁰⁹

Základními hodnotami jsou důstojnost a jedinečnost člověka. Další ústřední hodnoty vychází z lidských práv: život, svoboda, nediskriminace, spravedlnost, solidarita, sociální odpovědnost, evoluce, mír a nenásilí, vztahy mezi lidstvem a přírodou.

²⁰⁸ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 212.

²⁰⁹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 77.

V sociální práci jsou hlavní hodnoty respekt ke klientovi, sociální spravedlnost, kompetence pracovníka a odpovědnost vůči klientům a vůči společnosti.²¹⁰

Sociální pracovník musí znát své místo a **nepřekračovat své kompetence**. Ačkoli rozumí psychiatrickým diagnózám, sám není psychiatr. Nikdo (ani on sám) po něm nemůže chtít plnit úkoly z psychiatrické sféry.

Na druhou stranu možná právě díky tomuto odstupu od psychoterapeutické praxe může klientovi nabídnout vztah, který „léčí“. Pevný vztah, který je plný důvěry, naděje, pochopení, porozumění, naslouchání, otevřenosti, přijetí a podpory.

Neetický by byl **autoritativní přístup** sociálního pracovníka ke klientovi. Z povahy vztahu mezi nimi (pomáhající – příjemce pomoci) zde panuje jistá asymetrie. Pramení již z toho, že pracovník je ten, kdo ví, má informace, rozumí legislativě apod. a klient je ten, kdo si neví rady a žádá o pomoc. Pracovník by se ji měl snažit svým přístupem minimalizovat a rozhodně by jí neměl zneužívat. Vztah by měl být partnerský a rovnocenný, protože spolupráce je dobrovolná. Zrovna u cílové skupiny osob s duševním onemocněním však bývá těžké tento ideál dodržet, protože se někdy chovají způsobem, který je ohrožuje²¹¹.

Zároveň by se vztah měl udržet v profesionální rovině, s určitým odstupem mezi účastníky, aby nepřešel do přátelského či intimního vztahu. Rizikem je vznik závislosti klienta na pracovníkovi a zneužití klienta pracovníkem. Příkladem je odměňování, kdy klient dává dary, nabízí služby, lichotí. Závislý klient může být snadno manipulován.²¹²

S tím úzce souvisí zásada **neutrality** sociálního pracovníka, nepřisluší mu hodnotit klienta. Mohl by narušit důvěru a vztah mezi ním i klientem, který by se mohl cítit dotčen, demotivován svůj problém řešit a spolupráce by mohla skončit zklamáním. Nepřípustné je také generalizovat selhání v jedné oblasti na celý život či osobu klienta. Šimek však píše, že hodnocení postojů a reakcí klienta je v určité míře nezbytné a proto doporučuje toleranci a chápavost spíše než neutralitu²¹³.

Otázkou je, kdy má sociální pracovník respektovat autonomii klienta a ve kterých situacích se má zachovat paternalisticky. Vhodným východiskem je nechávat klienta, aby

²¹⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 94.; Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. s. 67, 105 - 106.

²¹¹ Srov. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. s. 27.

²¹² Srov. ŠIMEK, J. Etické aspekty psychoterapie. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 175.

²¹³ Srov. Tamtéž. s. 175.

se staral o své záležitosti, co nejvíce je to možné. A brát při tom ohled na omezení získaná s duševní nemocí, protože jeho fyzická i psychická kondice udávají určitou hranici, která by neměla být překročena.²¹⁴

Úlehla se zabývá rozdílem mezi **pomocí a kontrolou**, který je podle něj stěžejním tématem pomáhajících profesí. Protože cokoli, co pracovník dělá, je buď nabízení pomoci nebo přebírání kontroly. Zdůrazňuje, že obojí je správné, účelné a má své místo v práci s klientem, dokonce i v rámci jednoho případu. Kontrola je postavena na zájmech jiných lidí, než je klient. Pomoc naopak vychází z dohody s klientem na tom, co si zvolil. Pokud tedy pracovník udělá cokoli, co si klient nepřál, jedná se o akt kontroly a ne pomoci.²¹⁵ Mezi dovednosti sociálního pracovníka by měla patřit schopnost rozeznat, kdy svou aktivitou klienta brání a kdy jej už zneschopňuje. V některých případech je moc přidělená institucí.²¹⁶

Sociální pracovnice v rozhovoru hovořila o etickém dilematu, jak rozeznat, kdy je klient opravdu v takovém stavu, aby musela být přivolána záchranná služba, která klienta odveze na hospitalizaci na psychiatrické oddělení nemocnice (viz Diskuze). Toto je skutečně těžké určit. Např. Nováková k tomu říká, že hranici mezi zdravím a nemocí nelze přesně určit. Nemoc sice chápeme jako opak zdraví, ale tyto dva stavy jsou kontinuum a přechází mezi sebou plynule. Zajímavé je, jak dále píše, že záleží také na vnímání konkrétního člověka, zda se cítí být nemocný či zdravý. To je ovlivněno tím, jak zná své tělo včetně příznaků a jak se s nimi umí vypořádat, jaké a kolik má informací i na zdrojích pomoci, které má ve svém okolí. Významným faktorem je tedy citlivost člověka na projevy onemocnění.²¹⁷

Ve vztahu ke klientům je důležitá **spravedlnost**. Ta je dobrá, pokud vychází jak z lásky, tak z vědění. Aby byl člověk k lidem spravedlivý, musí je mít rád. Zároveň však nemůže svou náklonnost přehánět a bezmyšlenkovitě odpouštět, jelikož v důsledku by tím škodil. Tuto laskavost musí reflektovat a usměrňovat svým rozumem.²¹⁸ S tímto se pojí už to, aby si sociální pracovník vybíral cílovou skupinu zodpovědně a s ohledem na svá přesvědčení a možnosti. Pokud ví, že nechce pracovat např. s dětmi, neměl by přijímat

²¹⁴ Srov. MACHULA, T. Sebeurčení a autonomie jedince. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 142.

²¹⁵ Srov. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. s. 10, 20 - 21.

²¹⁶ Srov. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. s. 40 - 41.

²¹⁷ Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. s. 21.

²¹⁸ Srov. SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*. s. 54.

práci v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež. V takové práci by totiž nedokázal svým klientům dát lásku. Takové zacházení není spravedlivé.

Ačkoli **empatie** není etický pojem, nebylo by dobré ji opomenout. Empatie a vnímavost umožňuje sociálnímu pracovníkovi vžít se do klientovi pozice a lépe tak pochopit jeho situaci a porozumět mu. Díky tomu může být spolupráce úspěšná. Zahrnuje také umění naslouchat. Pracovník nechává více hovořit klienta, nechává ho vyjádřit svá přání a potřeby. Zároveň touto schopností dává klientovi najevo, že s ním soucítí a klient tak nalézá vytoužené pochopení. To mu celkově prospěje, bude se cítit lépe a uleví se mu. Je důležitým nástrojem sociálního pracovníka a pracovat bez ní by znamenalo porušení klientovi důstojnosti.

Pracovník ale musí být obezřetný, neustálé vcit'ování se do náročných situací by mohlo skončit vyhořením. Empatii by měl používat jako nástroj k pochopení klienta, ne k vyčerpávajícímu spoluprožívání. Jeho práce nesmí vycházet pouze z jeho emocí a pocitů, ale také z odborných znalostí.²¹⁹

Etický kodex je soubor doporučení týkající se nějakého oboru. Tento soubor vytyčuje hranice, mezi kterými by se měl profesionál pohybovat. Každý pracovní obor má určitá specifika a to i v dimenzi etické. To znamená, že etické kodexy různých povolání přiléhavě reagují na konkrétní etickou problematiku, která s daným oborem souvisí. Samotná existence etického kodexu je výhodná pro profesi jako takovou tím, že potvrzuje její profesní identitu a posiluje její pozici, protože je jedním ze znaků profese. U daného oboru veřejnost očekává takové chování, jež deklaruje jeho etický kodex.²²⁰

Kodexy jsou prostředky poskytující zázemí při hodnocení morálnosti konání. Neuvádějí však, jak přesně postupovat ve specifických situacích. Stanovují hodnoty profese a v rámci jejich ochrany vymezují prostor pro jednání pracovníků. Zároveň chrání samotné pracovníky, neboť radí, jak se zachovat v dilematické situaci. Jsou chápány jako měřítko dobré praxe a lze podle nich hodnotit případy stížností a profesionálních

²¹⁹ Srov. ŠIMEK, J. Etické aspekty psychoterapie. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 175.

²²⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 19, 81.; Srov. NEČASOVÁ, M. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 84.

pochybení. V neposlední řadě chrání klienty před špatným zacházením, např. zneužitím moci.²²¹

Etické kodexy nejsou neměnné, je třeba je revidovat s přihlédnutím k vývoji společnosti, profese i práva. Jsou psány v souladu s těmito 2 zásadami: profesionál má vždy jednat tak, aby sloužil zájmům klienta a zároveň tak, aby jej neohrozil.²²² Samozřejmě nesmí být v rozporu s platným právním řádem země. Zákon o sociálních službách neukládá poskytovateli sociální služby povinnost stanovit a dodržovat etický kodex. Požaduje však dodržování standardů kvality sociálních služeb a to v § 88.²²³

Etický kodex sociální práce vznikl dlouhou dobu, neboť do sociální práce zasahují také oblasti hospodářské, společenské, politické a další. Z toho vyplývá, že jde o složitou problematiku s množstvím sporných otázek, ovlivněných různými názorovými směry. Obecně lze však říct, že se etika sociální práce neliší od etiky jiných povolání. Platí zde stejné principy postavené na morálních normách společnosti. Konkrétně zde platí pravidla specifická pro daný obor.²²⁴

Kromě různých profesních etických kodexů (např. Mezinárodní etický kodex sociální práce, Etický kodex sociálních pracovníků České republiky) se každá instituce řídí také *Deklarací práv duševně postižených lidí*, kterou schválilo Valné shromáždění OSN v roce 1971. Tato Deklarace zakotvuje lidem s psychiatrickou diagnózou stejná práva, která náleží lidem psychicky zdravým, pokud je to možné.²²⁵

Je třeba si uvědomit, že se nelze řídit se pouze **zákony a nařízeními**, neboli právními předpisy, což jsou soubory právních norem²²⁶. Lépe řečeno, je potřeba reflektovat jejich legitimitu. Že je nějaké nařízení legální, čili zákonem uložené, ještě neznamená, že musí být i legitimní, čili přípustné a v souladu s etickými normami²²⁷. Právní norma je minimem morální normy. Tento fakt klade nárok na kreativitu sociálního pracovníka i na jeho svědomí.

²²¹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 82.; Srov. NEČASOVÁ, M. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 84, 93.

²²² Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 49, 82.

²²³ Srov. Zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.10.2017. [online].

²²⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 26.

²²⁵ Srov. PETR, T.; MARKOVÁ, E. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. s. 286.

²²⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. s. 51.

²²⁷ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 20.

Vedle legality a legitimacy se tedy vymezuje moralita, která označuje vnitřní povinnost danou mravností²²⁸. Ovšem platí i opačný vztah, kdy jsou etické zásady natolik silné, že jsou zaneseny do legislativního systému země. Dodržování zákonných norem je vyžadováno po každém občanovi, zatímco dodržování etických norem není právně vynutitelné. Jejich nedodržování podléhá jiným sankcím, než je odnětí svobody či zaplacení peněžité pokuty. Trestem v takových případech může být špatné svědomí nebo opovržení ostatními členy viníkovi společnosti.

Další „nedostatek“ zákonů je v tom, že není možné, aby postihly všechny případy, které mohou nastat. Nejsou schopny regulovat všechny možné situace. Proto se nelze spolehnout, že v zákonech najde sociální pracovník vždy východisko. Zákon nemůže pojmut veškeré mravně relevantní situace, protože může pracovat jen s těmi, které může posoudit třetí strana – soudce²²⁹.

Orientování svého jednání pouze podle zákonů, kodexů, standardů, různých nařízení a dalších stanovených pravidel se nazývá **heteronomní etikou**. Ta vychází z cizí vůle. Naopak pokud člověku velí spíše vlastní přesvědčení a svědomí, jedná se o **etiku autonomní**. Ta je nezávislá na vnějším okolí a jako hodnota je ceněná více než etika heteronomní, ačkoli činy vedené oběma principy jsou mravné.²³⁰

Za základ etického chování považují někteří autoři **individuální přístup ke každému klientovi** a dobrou znalost jeho případu²³¹. Mít informace o jeho konkrétní situaci vlastně podmiňuje jednotlivý přístup. Jen pokud pracovník dobře zná podmínky, ve kterých jeho klient žije, může mu upravit spolupráci na míru. Je dobré vědět zejména s jakou diagnózou se klient potýká, jaké jsou zdroje podpory v jeho okolí, v jakých podmínkách bydlí, jak to má se zaměstnáním atd.

K individuálnímu přístupu patří nejen zájem o konkrétní stávající situaci klienta. Sociální pracovník by měl naslouchat také jeho **přáním**. Měl by jej nechat vyjádřit potřeby. Měl by zjišťovat i cíle a posuny, kterých by klient rád dosáhl. Měly by ho zajímat změny, jaké si klient představuje, měl by s ním o nich mluvit a zhodnotit je. Případně mu pomoci nějaké žádoucí mety naléznout. Podle vytyčených cílů by potom měl sestavit plán práce. S tím souvisí i schopnost odhlédnout od toho, co pracovník vidí jako

²²⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 21.

²²⁹ Srov. SOKOL, J. *Etika a život*. s. 71.

²³⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 36.

²³¹ Srov. Tamtéž. s. 7.

problematické, ale klient se tím zabývat nechce²³². Změny a úroveň jejich dosažení by měly být v průběhu času reflektovány a v případě potřeby pozměněny, např. pokud se ukáže, že klient zatím není schopen vyvinout potřebné úsilí.

Důraz je zde kladen na to si uvědomit, že nelze pokaždé aplikovat nějaký ustálený postup, protože každá situace je jedinečná. Sociální pracovník by si měl spíše osvojit různé typy intervencí a ty pak vhodně kombinovat v daném případě. To vyžaduje otevřenost a připravenost se stále učit něco nového a zároveň pohotovost všimnout si a využívat přicházejících podnětů. Žádoucí je zde také **kreativita**, se kterou pomáhající pracovník vymýšlí postup v aktuálním případě.

Každého člověka je třeba vnímat **holisticky**, ve všech jeho dimenzích. To je správné nejen z hlediska etického, ale také filosofického, antropologického, psychologického, sociologického a dalších. Zajímavé však je, že samotní autoři jednu ze složek vyčleňují, když píší „*bio-psycho-sociální a spirituální dimenze*“²³³. Z hlediska lidské důstojnosti je třeba každého člověka chápat jako individualitu, jako jedinečnou a neopakovatelnou bytost. Neexistují dva stejní lidé, neexistují lidé se stejným životním příběhem, se stejnými potížemi, se stejnou osobností, osobní historií, sociálním okolím atd. Lidé jsou rozdílní ve všech 4 dimenzích. Opět narážím na nutnost vymezení a dodržení rozsahu pomoci odpovídající požadavku klienta.

S důstojností člověka se pojí svoboda, jež je podmíněná **zodpovědností**. Každý jedinec je zodpovědný sám za sebe, je schopen řídit svůj život, rozhodovat se a přijímat důsledky svého chování a jednání. Tak by měli sociální pracovníci smýšlet o všech svých klientech. Samozřejmě to má svá omezení. Někteří klienti sociálních služeb mohou mít schopnost rozhodovat se omezenou²³⁴. Z povahy duševní poruchy se to týká také těch, kteří se s ní potýkají. Uznání zodpovědnosti klienta souvisí také s tím, že sociální pracovník zjišťuje, jak svou situaci vnímá on sám a jeho názory a postoje, které se k ní vážou. A také jak hodnotí své možnosti a schopnosti.

Důstojnost jedince potvrzuje jeho **participace** na zlepšování nepříznivé situace, ve které se nachází. Jakožto samostatný jedinec má právo spoluutvářet plán léčby a rehabilitace, neboť on sám je největší odborník na svůj problém. Jeho zapojení napomáhá zaměření se na silné stránky. Sociální pracovník by je měl umět vyhledávat a pomoci

²³² Srov. FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. s. 15.

²³³ KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 9.

²³⁴ Srov. Tamtéž. s. 9.

klientovi, aby je v sobě sám nalézal. Měli by společně rozvíjet schopnosti a dovednosti, díky kterým bude klient moci žít plnohodnotnější a nezávislejší život.

Problematické situace, které sociální pracovníci řeší, mají často šablonu: to, co by pracovník měl udělat podle zákona, vnitřního řádu organizace atd. versus to, co by klientovi nejvíce pomohlo – za předpokladu, že se tyto 2 varianty neshodují. V rámci takového **konfliktu** se projevují následující role sociálního pracovníka: zástupce státu a majoritní společnosti, reprezentant kritérií normality a obhájce občanských práv a zájmů klienta²³⁵.

Protichůdné tendence se vyskytují v těchto oblastech²³⁶:

- hodnoty osobní vs. hodnoty organizace nebo profese
- zákonné vs. morální právo zúčastněných stran
- zájmy různých klientů
- zájmy klienta vs. zájmy organizace
- zájmy klienta vs. zájmy majoritní společnosti
- rozdělování zdrojů

Z hlediska hodnot dochází ke střetům v těchto oblastech (nebo mezi nimi): osobní hodnoty, společenské hodnoty, legislativní hodnoty, profesní hodnoty a hodnoty organizace.²³⁷

4.3 ETICKÉ SMĚRY

Jak jsem již zmínila, existuje více etických proudů. Liší se v tom, že kladou důraz na jiné hodnoty a staví se rozdílně k etickým tématům. Bohatým zdrojem etických nauk bylo antické období, z něž lze jmenovat školu kyrénskou, cynickou, epikurejskou, stoickou a samostatné velké myslitele Sókrata, Platona a Aristotela. V novověku se rozvinula škola empiristická a utilitaristická. Navázala etika pragmatická a poté v 19. století deontologická.²³⁸ V dnešní době jsou nejsilnějšími pojetími etiky utilitarismus a

²³⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 86.

²³⁶ Srov. MÁTEL, A. (ed.) *Etika sociální práce*. s. 145.

²³⁷ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 95.; FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. s. 66 – 68.

²³⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 28 - 36.

deontologie a proto je více rozeberu. Jsou to také hlavní přístupy pro sociální práci²³⁹. Věnuji prostor i dalším etickým směrům, kterým se více věnuje literatura.

Spaemann po vzoru Maxe Webera vymezil 2 konečné postoje, jež jsou protichůdné. Jedná se o **etiku smýšlení**, jíž odpovídá deontologie, a o **etiku odpovědnosti**, které odpovídá utilitarismus. Etika smýšlení označuje jednání za dobré či špatné bez ohledu na jeho důsledky. Naopak etika odpovědnosti hodnotí jednání podle jeho důsledků. Proto bývá nazývána také teleologická, neboť telos znamená účel, cíl. Zároveň připomíná, že žádná etika nemůže soudit absolutně podle důsledků či bez nich. Vždy je potřeba posoudit, co čin způsobí, resp. jaké hodnoty budou dotčeny. Zda je nějaký čin správný, záleží vždy na celku okolností.²⁴⁰

4.3.1 Utilitarismus

Utilitarismus je empiristickou etikou. Tyto přístupy pojmají lidské jednání jako výsledek působení prostředí a protipůsobení jedince.²⁴¹ Lidé nejsou povinni dělat vždy to, co je dobré, ale nesmí nikdy dělat to, co je zlé²⁴².

Utilitaristická etika hodnotí jednání podle **4 základních principů**, které na sebe navazují²⁴³:

- Princip následků říká, že každé jednání lze hodnotit na základě toho, co způsobí. Nelze hodnotit dříve, než jsou jasné důsledky činů (anebo jejich nekonání).
- Princip užitečnosti znamená, že následky mají být prospěšné, pokud má být chování vyhodnoceno jako etické. Myslí se prospěšnost ve smyslu uskutečnění dobra o sobě.
- Podle hedonistického principu lze za etické považovat cokoli, co působí člověku štěstí a naplňuje jeho potřeby. Bentham rozlišoval pouze kvantitativní hledisko bez ohledu na obsah štěstí. Jeho nástupce Mill již přihlížel ke kvalitativní náplni štěstí – znamená „*potěšení a nepřítomnost bolesti*“²⁴⁴.

²³⁹ Srov. NEČASOVÁ, M. Profesní etika. In MATOUŠEK, O. a kol. s. 30.

²⁴⁰ Srov. SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*. s. 55 – 56, 62.

²⁴¹ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. s. 20.

²⁴² Srov. MACHULA, T. Základní etické teorie. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 52.

²⁴³ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 34.; Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. s. 32 - 33.

²⁴⁴ MILL, J. S. *Utilitarismus*. s. 42.

- A sociální princip vyžaduje, aby jednání prospělo všem, kterých se týká. Čím většímu počtu lidí přinese užitek a blaho, tím je jednání správnější.

Pokud nějaký čin naplní všechny tyto 4 principy, je eticky správný na empiricko-racionální rovině.²⁴⁵

Heslo utilitarismu zní „co největší štěstí pro co nejvíce lidí“. Přitom nezáleží na tom, jací ti lidé jsou, utilitaristé nedělají rozdíly mezi např. chudým a bohatým, ale ani mezi sebou a ostatními. Ústředním pojmem je dobro. To znamená, že etické je takové chování, které dobrý stav nastoluje či posiluje nebo které ukončuje špatný stav.²⁴⁶

Utilitárnímu smýšlení lze vytknout, že existují jedinci, kteří se neřídí obecným blahem. Otázkou zůstává, jak moc se jim mají vnučovovat obecně uznávané normy chování.²⁴⁷ Dále také, že není možné ve svém uvažování obsáhnout všechny možné následky chování. Pro samé promýšlení by nikdo nemohl jednat, pokud by nejdříve musel dospět k závěru o celkových výsledcích. Jak vůbec určit, kam až sahá odpovědnost daného jedince?²⁴⁸

4.3.2 Deontologismus

Deontologie je transcendentální etikou, člověk přesahuje pouze empirické, je transcendentální bytostí.²⁴⁹ Navazuje na Kantovu etiku. Ta je ryze autonomní, to znamená, že se jednající nerozhoduje podle nějakých pravidel stanovených vnější autoritou nebo aby získal společenské uznání, ale podle toho, že je toto jednání správné samo o sobě. Hodnotí se tedy (z etického hlediska) již úmysl, s jakým byl čin vykonán a ne jeho provedení či výsledek.²⁵⁰ Všechny mravní pojmy vychází zcela z rozumu, to znamená, že zda něco je mravně dobré, pozná člověk svým rozumem²⁵¹.

Úcta k morálním normám a dodržování mravního zákona je pro všechny lidi povinností. Je to nepodmíněný příkaz, **kategorický imperativ**. Mravně dobré jsou pouze takové skutky, které vychází z respektu k této mravní normě. Sám Kant jej přímo

²⁴⁵ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. s. 32.

²⁴⁶ Srov. HILL, J. Soudný utilitarismus Johna Stuarta Milla. In ČAPEK, J. et al. s. 180, 183, 191.

²⁴⁷ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 34.

²⁴⁸ Srov. SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*. s. 58, 61.

²⁴⁹ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. s. 49.

²⁵⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 36.; Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. s.52.

²⁵¹ Srov. KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. s. 75.

formuloval a to několikrát, respektive v různých zněních. Jeho neznámější verzi lze označit za pomyslné heslo deontologie: „*Nemám postupovat nikdy jinak než tak, abych mohl současně chtít, aby se má maxima stala obecným zákonem.*“²⁵² Další verze zní: „*Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*“²⁵³

Kant formuloval požadavek, že lidé nesmí ani sebe ani druhé užívat pouze jako **prostředek**. Společnost sice funguje díky tomu, že mají prospěch ze schopností a výkonů druhých. Ale nelze je redukovat jen na to. Vždy v nich musí vidět i účel sám o sobě. Kant to obhajuje tím, že lidé mají důstojnost, protože jsou nenahraditelní. To, co má ekvivalent, má pouze cenu, relativní hodnotu.²⁵⁴

Deontologické etice je **vytýkáno**, že následky jednání nelze opomínat. Může se totiž stát, že etickým jednáním způsobí člověk takový výsledek, který za eticky správný označit rozhodně nelze a dotčeným osobám uškodil. Povinnost jednat vždy podle morálních pravidel proto, že se tak jednat má, se jeví jako nedostatečná. Je třeba brát v potaz souvislosti a zvážit možné důsledky.²⁵⁵ Toto je však nesprávné pochopení deontologické etiky. Kant pouze ukazuje, že v eticky relevantních situacích lidé cítí, že mají jednat morálně, že mají tuto povinnost. Říká, že pro mravní posouzení jednání se bere v potaz smýšlení jedince, avšak nemyslí tím, že by se lidé neměli zabývat následky²⁵⁶.

4.3.3 Etika ctností

„*Ctnost je jakási zběhlost v dobrém jednání*“²⁵⁷. Je nejlepší možnou formou chování. Představuje střed mezi 2 extrémními pozicemi, mezi nedostatkem a přeháněním, např. ctnost štědrost je mezi lakotou a rozhazováním. Ctnostně člověk jedná, protože chce, je k tomu vnitřně naladěný. Ctnost je kvalitou či vlastností, díky které člověk jedná eticky hodnotně.²⁵⁸

²⁵² KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. s. 65.

²⁵³ Tamtéž. s. 91.

²⁵⁴ Srov. SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*. s. 61. Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. s. 58.

²⁵⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 37.

²⁵⁶ Srov. SIROVÁTKA, *Bezpodmínečně platný mravní zákon*. In ČAPEK, J. et al. s. 79, 88 – 89, 99.

²⁵⁷ MACHULA, T. *Základní etické teorie*. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 55.

²⁵⁸ Srov. Tamtéž. s. 55.

Problematická u této koncepce je nejistota, zda skutečně každý disponuje ctnostmi, na jejichž základě by se mohl spontánně rozhodovat.²⁵⁹

4.3.4 Náboženská etika

Náboženská etika obsahuje etické principy, které vycházejí z náboženského přesvědčení. Toto přesvědčení se nemusí vztahovat přímo k víře v nějakého boha, spíše k hodnotám a jevům, které se jeví jako nadpřirozené, přesahující osobu. Transcendentno je nejvyšší hodnotou, a člověk je mu odpovědný. Proto se tyto etiky nazývají transcendentními.²⁶⁰

Mravní pravidla jsou lidem dávana a sdělována vyšší autoritou. Jsou to různá pravidla a doporučení, kterými má věřící korigovat své jednání. Pokud je bude dodržovat, čeká jej spasení. To je nejvyšším cílem každého života, ačkoli přichází až po smrti.²⁶¹

Různá náboženství mají různé soubory norem. V naší společnosti hraje dominantní úlohu křesťanství, jehož hlavními příkazy jsou víra v jednoho Boha a láska k bližnímu. Dále křesťané naplňují požadavky Desatera. Křesťanská etika vyzdvihuje schopnost snášet nepříznivé události a utrpení, splácení zla dobrem a milování nepřátel. Její přední postavou je sv. Augustin, který zdůraznil svobodnou vůli lidí jako nezbytný etický prvek.²⁶² Podle katolické etiky nemůže dobrý cíl dát dobrou mravnost zlému jednání, čili účel nesvětí prostředky²⁶³.

4.3.5 Situační etika

V situačně etickém rozhodování je dominantní situace, ve které se jedinec nachází. Situace je totiž vždy ojedinělá a neopakovatelná. Správné chování určuje momentální souhrn okolností. To však celé pojetí eticky dobrého chování relativizuje, neboť pouhý

²⁵⁹ Srov. MACHULA, T. Základní etické teorie. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 56.

²⁶⁰ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 38.

²⁶¹ Srov. Tamtéž. s. 38.

²⁶² Srov. Tamtéž. s. 39.

²⁶³ Srov. SKOBLÍK, J. *Poznámky ke křesťanské etice*. s. 61.

soubor okamžitých faktorů neukládá pravidlo, jak jednat. Proto je alespoň doporučen princip lásky, jímž se má dotyčný řídit.²⁶⁴

Fletcher představuje situační etiku jako metodu, nikoli jako systém. Vidí ji jako 3. možnost při etickém rozhodování, vedle legalismu, jenž lpí na zásadách a normách, a vedle antinosmismu, jenž je naopak neuznává. Vyznavači situační etiky znají morální normy své společnosti a řídí se jimi. Avšak v případě, kdy je vhodnější zachovat se v rozporu s normou, jsou ochotni ji porušit.²⁶⁵

Přínos situačně pojaté etiky je připomínka, že etické (ani legislativní) normy nemohou platit absolutně, ale je nutné přihlížet k daným okolnostem. Jedinec se může rozhodovat v momentě, kdy jsou ve hře taková hlediska, která nepříznivě ovlivní průběh a výsledek jednání, i když z mravního pohledu bylo jednání správné.

4.3.6 Emotivismus

Emotivistické hodnocení jednání je subjektivní. Každý soudí správnost na základě toho, zda je mu věc příjemná či nelibá, čili na základě vzbuzených emocí.²⁶⁶ Nedostatky takové teorie se nabízejí sami, je tu absence obecných východisek, člověku je dovoleno v podstatě cokoli se mu zlíbí.

4.3.7 Princip dvojího účinku

Tento princip povoluje takové jednání, kterým se kromě pozitivního výsledku stane i něco negativního. Některé situace neumožňují čistě kladný výsledek a tak se musí připustit zároveň újma. Důležité však je, že cílem je pouze dobrý výsledek, kterého však nelze dosáhnout bez toho špatného.²⁶⁷

²⁶⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 40.; Srov. TEOLOGICKÁ FAKULTA. *Stručný filosofický slovník*. s. 48 – 49.

²⁶⁵ Srov. FELTCHER, S. *Situační etika: nová morálka*. s. 12, 23, 33.

²⁶⁶ Srov. MACHULA, T. Základní etické teorie. In FISCHER, O.; MILFAIT, R. s. 49.

²⁶⁷ Srov. Tamtéž. s. 53.

4.4 ETICKÉ PROBLÉMY V PSYCHIATRII

Psychiatři se při řešení etických problémů mohou opřít o několik **dokumentů** včetně Listiny základních práv a svobod. Zásadní jsou pro ně však tyto dva dokumenty: Etický kodex České lékařské komory a o Kodex práv pacientů.²⁶⁸

Z konkrétních **problémových témat** patří psychiatrii nedobrovolná hospitalizace, o té však rozhoduje soud. Pacient má ale právo odmítnout nabízenou diagnostiku a léčbu. Souhlas je nutný ke klinickému testování léků a léčebných postupů, podávání placebo léků je povoleno pouze v dobře zdůvodněných a zabezpečených případech.²⁶⁹

V psychiatrické oblasti se vyskytují specifická **rizika**. Jednak jde o to, že řada duševních nemocí ovlivňuje schopnost úsudku a samostatného rozhodování. A jednak jde o to, že čím etičtější a humánnější se výzkum stává, tím je pomalejší a obtížnější.²⁷⁰

²⁶⁸ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Etické problémy v psychiatrii. In SVOBODA, M. (ed.) s. 36.

²⁶⁹ Srov. Tamtéž. s. 37.

²⁷⁰ Srov. Tamtéž. s. 37.

5 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

5.1 HISTORICKÁ CESTA K REFORMĚ

V České republice dlouho panoval model medicínského přístupu k psychiatrickým pacientům, orientovaný na podávání léků. V důsledku toho byla psychiatrická rehabilitace dlouhou dobu prováděna pouze v léčebných zařízeních. Zde sestávala převážně z různých forem ergoterapie. Až po roce 1989 začaly vznikat nestátní neziskové organizace, které nabízely rehabilitaci pro osoby s duševním onemocněním. Řídily se principy komunitní péče.²⁷¹

Tyto organizace narážely na nedůvěru ze strany zdravotnických zařízení, až se mezi těmito dvěma tábory vypěstovala nevraživost. Neziskovým organizacím prý chybí profesionalita a odbornost. Ty naopak psychiatrickým léčebnám vyčítaly, že se zaměřují pouze na léky a tělesné projevy duševního onemocnění. Neziskové organizace na sobě pracovaly a zaznamenávaly pokroky. Používaly modernější přístupy a metody práce s osobami s duševní nemocí, např. začaly pracovat individuálně. Jejich práce se systematizovala.²⁷²

Poté nastala stagnace, neboť zejména finanční situace byla pro neziskové organizace nepříznivá. V důsledku toho nebyly rozšiřovány služby, nevznikaly nové organizace ani nové pobočky těch stávajících. Problémem je také absence terénních služeb. Z důvodu nedostatku financí je služeb a zařízení pro tuto cílovou skupinu stále málo.²⁷³ Tento stav mají pomoci změnit centra duševního zdraví. Vznik několika prvních center je možný díky finanční dotaci z evropských investičních fondů²⁷⁴.

Z pohledu důstojnosti osob, které mají psychické onemocnění, je zásadní posun, který se v nahlížení na duševní onemocnění udál zhruba na přelomu tisíciletí. Léčba již není epizodická, nýbrž dlouhodobá, neléčí se pouze aktuální symptom, nýbrž je snaha o celkové zotavení, tedy co nejkvalitnější život s nemocí. Osoba s duševním onemocněním není pouze pacient s poškozeným orgánem (mozkem), ale je to také bytost psychosociální i spirituální.²⁷⁵

²⁷¹ Srov. PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L.; WOGURKOVÁ, D. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 96.

²⁷² Srov. Tamtéž. s. 96.

²⁷³ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 209.; Srov. ČEŠKOVÁ, E. Organizace psychiatrické péče. In SVOBODA, M. s. 81.

²⁷⁴ Srov. KUBOVÁ, A. Psychiatrickou péči v Česku čeká velká reforma. Odborníci se přesunou do terénu blíže k lidem. *Český rozhlas Vysočina* [online].

²⁷⁵ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) s. 208 – 209.

Z toho vyplývá směr, kterým se vydávají vlády zemí – zakotvit péči o lidi s duševní nemocí do jejich prostředí, do komunity. Celá psychiatrická péče má komunitní ráz, neboť se pojí na místní lokalitu, společnost a instituce²⁷⁶. S trendem přenesení péče do komunity se pojí zmenšování pobytových zařízení, snižování kapacity. Mělo by se jich užívat pouze v nezbytných případech, neboť hospitalizace často zapříčiňuje sociální vyloučení, které snižuje sebevědomí a pocit kontroly nad vlastním životem a také chuť se léčit²⁷⁷.

Motivaci se léčit a spolupráci při léčbě povzbuzuje individualizace spolupráce a autonomie osoby s nemocí²⁷⁸. Individuální přístup vyžaduje znalost okolností jedincova života a onemocnění. Přiznat mu autonomii znamená nechat jej rozhodovat sám za sebe a podílet se na plánování a realizaci pomoci. Takové podmínky také zvyšují spokojenost klienta.

5.2 REFORMA

Mezi **důvody**, pro které je realizace psychiatrické reformy žádoucí, patří nerovnoměrná a nedostatečná síť služeb, vysoká četnost psychiatrických nemocí, zastaralý a zbytečně ekonomicky nevýhodný systém péče i nízké povědomí populace o dané problematice.²⁷⁹ Osoby s duševním onemocněním se často neorientují v nabízených službách nebo musejí za svým lékařem dojíždět delší vzdálenost. Situaci prospěje propojení sociální a zdravotní sféry. Vzhledem k rostoucímu výskytu psychických onemocnění musí být společnost schopna ustát tento trend.²⁸⁰

Reforma má přinést změnu hlavně **v myšlení**. Chce destigmatizovat lidi, kteří trpí duševní poruchou, chce vymýtit jejich diskriminaci, chce informovat širokou veřejnost o tom, co to jsou duševní nemoci a jak na jedince působí, co to je psychiatrie a jak pracuje, chce občany vzdělávat z hlediska zachování psychického zdraví. Chce integrovat duševně nemocné zpět mezi duševně zdravé a naučit je žít spolu, bez předsudků.

²⁷⁶ Srov. FOITOVÁ, Z. Komunitní péče. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.). s. 221.

²⁷⁷ Srov. Tamtéž. s. 212.

²⁷⁸ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 27.

²⁷⁹ Srov. Národní ústav duševního zdraví. Proč potřebujeme reformu psychiatrické péče. *Na rovinu*. [online].

²⁸⁰ Srov. Strategická projektová kancelář ministerstva zdravotnictví. *Co je reforma?* Projektový blog. [online].

Ústředním cílem je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Kvalita života je propojená s lidskými právy, resp. s jejich naplňováním i u lidí s psychiatrickou diagnózou²⁸¹.

Ačkoli je reforma většinou zdrojů a odborníků chápána a prezentována jako změna psychiatrické péče, čili změna v přístupu k občanům, kteří trpí některou psychickou poruchou, bylo by dobré ji vnímat ze širšího hlediska. Tedy i v kontextu přístupu k duševnímu zdraví. Předseda výkonného výboru pro řízení implementace strategie reformy psychiatrické péče Ivan Duškov vidí možnost **zapojení se téměř všech ministerstev**. Např. ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy se může postarat o edukaci a primární prevenci a ministerstvo pro místní rozvoj může řešit problematiku bydlení. Důraz je kladen na spolupráci mezi rezorty.²⁸²

Reforma se připravuje od roku 2013²⁸³. Změny by měly být zachyceny v novém znění zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zavazuje k tomu Národní akční plán duševního zdraví.²⁸⁴ Další možností je vytvoření zcela nového zákona, o duševním zdraví, který by např. umožnil jasně definovat jednotlivé účastníky²⁸⁵.

Základním referenčním rámcem byl stanoven **koncept kvality života**, na který v České republice dohlíží Centrum pro sociální a ekonomické strategie FSV UK. Kvalita života je multidimenzionální model celkové spokojenosti každého jedince. Skládá se z 12 dimenzí²⁸⁶:

- zdraví a zdravotní péče
- zaměstnání a pracovní podmínky
- ekonomické zdroje
- vzdělání a vědění
- rodiny a domácnosti
- život v komunitě a sociální participace

²⁸¹ Srov. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. s. 5.

²⁸² Srov. KOUBOVÁ, M. Spolupráci rezortů na reformě péče o duševní zdraví má zajistit akční plán. Na vládu poputuje během pár měsíců. *Zdravotnický deník*. [online].

²⁸³ Srov. BOČEK, J. Dvacet týmů do terénu, útlum léčeben, nové léky. 25 let dat o psychiatrické péči ukazuje, jak se přesunuje z uzavřených oddělení domů. *iRozhlas*. [online].

²⁸⁴ Srov. KOUBOVÁ, M. Spolupráci rezortů na reformě péče o duševní zdraví má zajistit akční plán. Na vládu poputuje během pár měsíců. *Zdravotnický deník*. [online].

²⁸⁵ Srov. ANDERS, M. Reforma psychiatrie už není jako yetti. *Zdravotnický deník*. [online].

²⁸⁶ Srov. Strategická projektová kancelář ministerstva zdravotnictví. *Koncept kvality života*. Projektový blog. [online].

- bydlení
- místní životní prostředí
- doprava
- bezpečnost a kriminalita
- rekreace a volnočasové aktivity
- kultura a identita, lidská práva, politické zdroje

5.3 CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Reforma psychiatrické péče, která v České republice nyní probíhá, by měla změnit přístup k péči o osoby s psychiatrickou diagnózou. Je v režii ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí²⁸⁷. Jejím výsledkem, ale také základem²⁸⁸ má být síť center duševního zdraví, tedy zařízení, do kterých budou moci osoby s duševním onemocněním docházet. Žít při tom mohou dále doma, což umožní jednak zmenšení lůžkových zařízení, jednak zachování kontaktu nemocného s okolním světem.

Smyslem přitom není pouze dostat psychiatrickou péči blíže k pacientům a usnadnit její využívání. Centra budou fungovat také **preventivně** a zachycovat případy, kdy už bude nutná hospitalizace.²⁸⁹

Péče o duševně nemocného pacienta v ústavu se prodraží oproti komunitní péči²⁹⁰. I z tohoto ekonomického hlediska je logické její rozšíření. V pobytových zařízeních zůstávají zbytečně pacienti, jejichž stavu to neprospívá a není to pro jejich zlepšení nezbytné. Oni však často nemají kde jinde žít, nemají se kam vrátit. Nebo v místě jejich bydliště nejsou poskytovány vhodné služby, či jich neumí správně využívat. Přitom se vhodnou podporou se jedinec může opět začlenit do společnosti i po dlouhodobé hospitalizaci. Centra umožní reagovat pružně na potřeby konkrétního pacienta, aniž by musela být zahájena dlouhodobá lůžková léčba.

²⁸⁷ Srov. KUBOVÁ, A. Psychiatrickou péči v Česku čeká velká reforma. Odborníci se přesunou do terénu blíže k lidem. *Český rozhlas Vysočina* [online].

²⁸⁸ Srov. VODRÁŽKA, P. Život v Česku se změní. Pas bude hotov za den, ale také desetkrát podraží. *Seznam Zprávy*. [online].

²⁸⁹ Srov. KUBOVÁ, A. Psychiatrickou péči v Česku čeká velká reforma. Odborníci se přesunou do terénu blíže k lidem. *Český rozhlas Vysočina* [online].

²⁹⁰ Srov. Národní ústav duševního zdraví. Dlouhodobé hospitalizace v psychiatrických nemocnicích nedávají ekonomicky smysl, ukazuje studie našich výzkumníků. *Aktuality*. [online].

Psychiatrická péče bude více terénní a ambulantní. Z povahy úkonů, které sociální pracovník v cílové skupině osob s duševním onemocněním vykonává, vyplývá, že by jeho práce měla být převážně terénní²⁹¹.

Tato psychiatrická péče by měla být dostupná po celém území republiky. Od 1.7. 2018 existuje **prvních 5 center**. Od července 2019 začne postupně fungovat 15 nových center. Do roku 2021 je v plánu 30 středisek rozmístěných tak, aby v každém kraji byly 2 až 3. Podle ministra zdravotnictví je v plánu rozšířit jejich počet na 100.²⁹² Ministerstvo zdravotnictví vypsaló výzvu, ve které je možné žádat o peněžitou dotaci a z toho vyplývá, že se nejedná o budování nových domů a zakládání nových pracovišť, ale spíše o přetransformování již stávajících organizací. Fungování center duševního zdraví bude později (snad od roku 2020) financováno z veřejného zdravotního pojištění²⁹³.

Pracovat v nich budou **multidisciplinární týmy** složené z psychiatrů, psychologů, terapeutů, zdravotních sester a sociálních pracovníků²⁹⁴. S těmito týmy bude klient během své léčby spolupracovat na dobrovolné bázi²⁹⁵. Zdravotně sociální pomoc budou poskytovat nepřetržitě²⁹⁶. Ministerstvo práce a sociálních věcí podporuje práci peer konzultantů a organizacím doporučuje jejich zapojování, jelikož klienti si tyto pozice chválí.²⁹⁷ Jsou to lidé, kteří mají osobní zkušenost s danou problematikou a rozhodli se s tím netajit, ale naopak jít ostatním příkladem.

Psychiatrických pacientů stále přibývá. Reforma staví na předpokladu, že se větší část pacientů dokáže vyléčit, pokud mají dostatečnou a vhodnou podporu.²⁹⁸ Změny by tedy měly zefektivnit, zrychlit a usnadnit léčbu a zlepšit sociální fungování osob s duševním onemocněním. Oni sami se na reformě mohou podílet. Ministerstvo zdravotnictví pořádá besedy, na kterých se mohou pacienti vyjádřit ke změnám a

²⁹¹ Srov. Srov. PROBŠTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O. a kol. s. 138.

²⁹² Srov. KUBOVÁ, A. Psychiatrickou péči v Česku čeká velká reforma. Odborníci se přesunou do terénu blíže k lidem. *Český rozhlas Vysočina* [online].; Srov. Česká televize. *Studio ČT24*. [online].; Srov. Tiskové centrum. Ministerstvo zdravotnictví vybralo dalších 15 Center duševního zdraví, spustit by se měla do července. *Tisková zpráva*. [online].

²⁹³ Srov. KOUBOVÁ, M. Spolupráci rezortů na reformě péče o duševní zdraví má zajistit akční plán. Na vládu poputuje během pár měsíců. *Zdravotnický deník*. [online].

²⁹⁴ Srov. KUBOVÁ, A. Psychiatrickou péči v Česku čeká velká reforma. Odborníci se přesunou do terénu blíže k lidem. *Český rozhlas Vysočina* [online].

²⁹⁵ Srov. MICHALICOVÁ, V. Jihočeši mohou mluvit do reformy psychiatrické péče. *Fokus České Budějovice*. [online].

²⁹⁶ Srov. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. s. 20.

²⁹⁷ Srov. TISKOVÉ ODDĚLENÍ MPSV: Ministerstvo podává pomocnou ruku domácím hospicům a duševně nemocným. *Tisková zpráva*. [online].

²⁹⁸ Srov. Česká televize. *Studio ČT24*. [online].; Srov. HOLLÝ, M. Ředitel Bohnic Martin Hollý: Dostupnost psychoterapie pro psychiatrické pacienty je zoufale nízká. *Český rozhlas Radio Wave*. [online].

upozornit na témata, která jsou pro ně nejvíce problematická a potřebovala by řešení.²⁹⁹ To je skvělý krok na cestě za jejich důstojností, neboť kdo jiný než oni sami ví nejlépe, jaké mají potřeby a jaká řešení jsou nejvíce vyhovující. Nové fungování bude důstojné, protože se opírá o podklady „zespoda“. Je to gesto uznání jejich samostatnosti, odpovědnosti, práva na sebeurčení a také schopnosti se konstruktivně podílet na změnách. Tímto se z komunity stávají skutečně (alespoň do určité míry) partnery v procesu jejich léčby a podpory.

Péče se přesune z ústavu do **prostředí**, které je lidem s duševním onemocněním příjemné. Hlavní výhodou je setrvání ve vlastním bydlišti, tedy v prostředí, které znají, kde se cítí dobře, kde mají vybudovanou síť sociálních vztahů a kde mohou dál docházet do svého zaměstnání. Tyto aspekty působí pozitivně na psychiku člověka. Že nemusí opouštět svůj domov je pro mnohé obrovskou úlevou. Práce center bude ve velké míře terénní, takže pracovníci můžou docházet přímo za klienty domů. Frekvence návštěv se bude odvíjet od potřeby konkrétního klienta. Tým během návštěvy zkontroluje užívání medikace a zjistí, s čím by klientovi mohl pomoci, od komunikace s rodinou po návštěvu úřadu.

Souvisí s tím však i situace, kdy je pacient propuštěn z nemocničního zařízení, ale nemá se kam vrátit. Je proto potřeba, aby vznikala nová místa v podporovaných typech bydlení. V tomto ohledu je zásadní, aby reforma probíhala vysoce **koordinovaně a obsahovala plánování**³⁰⁰. Jde o to, aby se zároveň se zmenšením pobytových zařízení zvedal počet služeb dostupných v přirozeném okolí klienta. A tím vznikne síť adekvátní podpory k tomu, aby člověk s duševním onemocněním mohl žít svůj život důstojně. Tato síť musí být funkční v jasně vymezeném regionálním prostoru, aby týmy mohly fungovat skutečně multidisciplinárně, aby se zúčastnění odborníci znali a byli schopní na sebe navazovat³⁰¹.

Domácí prostředí je pozitivním krokem i v destigmatizačním procesu. Pacienti již nebudou odvázeni daleko od měst a zavírání do léčeben. Naopak péče se vrací za nimi do měst.³⁰² Destigmatizace je dalším projektem psychiatrické reformy (viz níže).³⁰³

²⁹⁹ Srov. MICHALICOVÁ, V. Jihočeši mohou mluvit do reformy psychiatrické péče. *Fokus České Budějovice*. [online].

³⁰⁰ Srov. HOLLÝ, M. Ředitel Bohnic Martin Hollý: Dostupnost psychoterapie pro psychiatrické pacienty je zoufale nízká. *Český rozhlas Radio Wave*. [online].

³⁰¹ Srov. Tamtéž.

³⁰² Srov. Česká televize. *Studio ČT24*. [online].

³⁰³ Srov. WINKLER, P. Pětina Čechů ročně prožije psychické onemocnění. Za stigmatizaci může i komunismus, tvrdí expert. *Info.cz* [online].

Ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice Martin Hollý říká, že reformovaný systém bude více v souladu s **lidskými právy**. Právě proto, že péče navštěvuje klienty a nikoli klienti docházejí za péčí. Také popisuje, že reforma nás posune blíže k systému ve vyspělejších západních zemích, kde převládají ambulantní a terénní služby nad lůžkovými. U nás je v plánu lůžkovou kapacitu snížit během následujících 4 až 5 let o 10 procent.³⁰⁴ Tento proces bude pomalý, protože je potřeba obezřetnosti při vybírání pacientů, jež mohou být propuštěni z ústavu a budou schopni fungovat s podporou týmů z center.

5.4 PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE

Úpravou by měly projít i samotné psychiatrické nemocnice a to nejen v podobě snížení kapacity. Ve všeobecných nemocnicích by měla být zřízena psychiatrická oddělení³⁰⁵. Jaké konkrétní změny by se měly v lůžkových zařízeních udát, teprve bude specifikováno.³⁰⁶

Pracuje se na tom, aby nemocnice fungovaly jako skutečně akutní zařízení a přijímaly akutní případy např. i v noci. Přemýšlí se nad tím, jak zařízení propojit s okolním světem. Řeší se však třeba i to, z jakých financí budou placeny opravy budov.³⁰⁷

Kontroverzním tématem jsou do dnešních dnů používané metody jako kurtování pacientů a další fyzická omezování. Omezovací prostředky jsou charakterizovány jako terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta. Z toho vyplývá, že porušují lidská práva i důstojnost. V psychiatrii jsou však považovány za nutné – v některých případech. Zabraňují ublížení jak sobě samému, tak lidem okolo. Jsou používány jako krajní řešení po vyčerpání všech šetrnějších možností.³⁰⁸

³⁰⁴ Srov. HOLLÝ, M. Ředitel Bohnic Martin Hollý: Dostupnost psychoterapie pro psychiatrické pacienty je zoufale nízká. *Český rozhlas Radio Wave*. [online].

³⁰⁵ Srov. Strategická projektová kancelář ministerstva zdravotnictví. *Co je reforma?* Projektový blog. [online].

³⁰⁶ Srov. Česká tisková kancelář. Uvazování je v psychiatrických léčebnách běžné, zjistil ministr zdravotnictví Vojtěch. *Aktuálně.cz*. [online].

³⁰⁷ Srov. ANDERS, M. Reforma psychiatrie už není jako yetti. *Zdravotnický deník*. [online].

³⁰⁸ Srov. DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. s. 559.

5.5 DESTIGMATIZACE

Dalším cílem reformy je destigmatizace duševních nemocí a lidí jimi trpících³⁰⁹. Tento cíl plní iniciativa Na rovinu (viz kapitola Stigma), kterou vytvořil Národní ústav duševního zdraví. Má za úkol také změnit pohled občanů na duševní zdraví. Vychází z přesvědčení, že stigma někdy může být horší než samotná nemoc, neboť výrazně snižuje kvalitu života. Proti tomu chce bojovat mimo jiné zprostředkováním kontaktu psychicky zdravých i nemocných osob, neboť ke stigmatizaci a diskriminaci dochází kvůli neznalosti.³¹⁰

Destigmatizační účinek může mít už samotný fakt, že probíhají nějaké změny ve způsobu léčení. Lidé, kteří byli izolováni v „blázinci“, se vracejí do běžného života. Umožňuje to vývoj psychofarmak, jejichž nežádoucí účinky se snižují, a podpora komunitních týmů. Širší veřejnost může tyto změny zaznamenat a zjistit, že zažitý model psychiatrických léčeben není jediný možný, ba ani nezbytný.

Destigmatizační kampaň je cílena mimo jiné přímo na profese, které s psychotiky přichází do styku. V oblasti psychických onemocnění budou vzdělávání např. pracovníci samosprávy, policie, justice, školství nebo úřadů práce.³¹¹

³⁰⁹ Srov. Česká televize. *Studio ČT24*. [online].

³¹⁰ Srov. Národní ústav duševního zdraví. Projekt DESTIGMATIZACE. *Na rovinu*. [online].

³¹¹ Srov. Strategická projektová kancelář ministerstva zdravotnictví. *Co je reforma?* Projektový blog. [online].

DISKUZE

Abych získala náhled na realitu sociální práce s osobami s duševním onemocněním, provedla jsem **rozhovory** se sociálními pracovníci z nestátní neziskové organizace Fokus České Budějovice, z. ú. Rozhovory proběhly se 4 pracovníci ze služby chráněného bydlení, přímo v kanceláři v prostorách chráněného bydlení. Má návštěva byla předem domluvená přes email a telefon, kdy jsem také nastínila téma. Výběr respondentek neproběhl, rozhovory byly pořízeny s těmi pracovníci, které byly v době mé návštěvy přítomné. Metoda rozhovoru je vhodná pro případ, kdy chce tazatel zjistit, co si dotazovaný myslí, co cítí, čemu věří³¹². Což bylo přesně to, co mě zajímalo – co si pracovníci myslí o stigmatizaci duševních chorob, jak se cítí v kontaktu s psychicky nemocnými klienty a jaká řeší při své práci dilemata a jakým způsobem. Rozhovor byl polostrukturovaný. Připravila jsem si dopředu otázky a podle potřeby jsem do jejich uvedení mohla zasahovat, případně přidávat další, abych se ujistila, že chápu správně význam výpovědi. Je to velice flexibilní metoda, ale zároveň dává tazateli oporu. Otázky jsou většinou otevřené a koncipovala jsem je tak, abych se dozvěděla opravdu co nejvíce o daných tématech – proto se někdy může až zdát, že jsem se opakovala. Okruhy témat byly v podstatě dvojí: etika, kdy jsem se zajímala o etická dilemata a problémy, se kterými se pracovníci setkávají a o to, jakým způsobem postupují. Druhým tematickým okruhem byla stigmatizace, protože je to téma, se kterým pracovníci pracují. Ptala jsem se po tom, jak klienti vnímají své postavení ve společnosti (jak se mezi ostatními lidmi cítí a jak jsou vnímáni veřejností), ale i zda se cítí stigmatizované samotné pracovníci. Připravené otázky je možné nahlédnout v přílohové části diplomové práce.

V rozhovorech jsem se zajímala také o život s duševní poruchou. Jaký je a jaké přináší nesnáze? Sociální pracovníci se jednohlasně shodly (aniž by to věděly), že vůbec největší překážkou je **naplnění volného času**. Jejich klienti nevědí, čemu by se věnovali, nemají nápady, ale ani chuť něco podnikat. Nepěstují žádné koníčky, buď nemá cenu ani začínat nebo u toho nevydrží. Pro samotné pracovníci je někdy obtížné je k něčemu namotivovat. Klienti nezvládají běžnou životní rutinu a návyky (problém vůbec vstát a jít do práce, každodenní a celodenní rytmus, naplnit volný čas). Nejtěžší pro někoho může být přijmout svou nemoc a naučit se s ní žít (naplněný, kvalitní život, ne jen prosedět celé dny s cigaretou.)

³¹² Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. s. 161.

S motivací se hodně pracuje i v oblasti **zaměstnání**. V této oblasti se vyskytuje několik potíží. Jednak samotné nalezení a získání pracovního místa a poté jeho udržení. Souvisí s tím případný nedostatek financí. Klienti nevydrží dlouho pracovat, mnohdy nejdéle 4 hodiny denně. Chybí elán vůbec něco dělat, z toho vyplývají např. potíže se zodpovědností, nejsou kompetentní k některým činnostem (např. úklid, vaření).

Pracovnice vyjmenovávaly samozřejmě také všechny typické potíže, které lze nalézt v každé literatuře. V **sociální sféře** jde o sociální vyloučení a izolovanost (ve společnosti ostatních lidí, v práci, nezapojují se mezi společnost a ta je nevyhledává), nedostatek sociálních kontaktů (přátel), většinou špatné vztahy s rodinou (rodina klienta zavrhne nebo mu nerozumí), nesnadné hledání partnera, předsudky, strach, nezájem a nepochopení veřejnosti, konflikty mezi obyvateli chráněného bydlení.

Po **fyzické stránce** pracovnice hovořily o únavě, snížení kognitivních funkcí (zejména smyslových procesů), nezájmu, ovlivňují je psychofarmaka (únava). Dochází k sebepoškození, návratu k užívání drog (nemoc je pak snesitelnější). Viditelná je celková fyzická sešlost a časté výroky typu „Nezvládám žít, protože je mi blbě.“

Pokud duševní nemoc může přinést i něco **dobrého**, je to náhled na svou nemoc a schopnost s ní žít (pokud se to povede), rozvinuté tvůrčí výtvarné nadání a tolerance (otevřenost vůči lidem vybočujícím z normy).

Fenomén **stigmatizace** je v oblasti duševních poruch velké téma, avšak v některých případech se zdá, že spíše pro odborníky a další lidi, kteří s osobami s duševním onemocněním pracují. Pro samotné klienty to nemusí být až tak závažné, neboť díky tomu, že nejsou ve styku s veřejností, ji nemají možnost pocítit. Paradoxně tak vlastně společenská izolace zmírňuje tento negativní jev, resp. jeho dopad na „oběti“.

Sama jsem během své návštěvy vyslechla konkrétní příklad diskriminace: zaměstnavatel chce znát přesnou diagnózu klientky a chová se k ní jinak než k ostatním, ponižuje ji, má předsudky.

Pracovnice podotýkají, že média udělala své. Na druhou stranu lze pozorovat, že se postavení osob s duševním onemocněním lepší ve školách i se daří zaměstnávat klienty. Doufají, že ke zlepšení povede psychiatrická reforma. Samotné sociální pracovnice se setkávají i s obdivem za to, jakou práci vykonávají, ale vnímají i přidruženou stigmatizaci sebe samotných, např. pokud jsou na veřejnosti s klientem (ačkoli v malé míře).

O stavu **psychiatrické péče** říkají pracovníce toto: stigmatizování zdravotnickým personálem jako z učebnice (zejména vysmívání), na oddělení jsou nepříjemné podmínky, používají se zastaralé metody. Proto shledávají reformu nutnou, centra duševního zdraví jsou výborný nápad, mají samá pozitiva (u veřejnosti zviditelnění, lepší jméno, zvednou klientům sebevědomí).

Když jsem se zeptala, zda má organizace stanovený nějaký svůj etický kodex nebo jinak stanovený postup, jak řešit **eticky dilematické a problematické situace**, pracovníce znejistily a odpovídaly, že „něco takového asi bude“. Případy řeší zkoušením postupů, které se osvědčí, avšak vždy podle svého svědomí. Důležitá je u toho sebereflexe a snaha uvědomování si eticky náročných situací (ostrážitost). Shodly se na tom, že v této oblasti funguje podpora celého týmu. Prostor je při intervizích a supervizích nebo je uspořádána porada, když vznikne potřeba.

Znalost etických přístupů pomáhá sociálnímu pracovníkovi, když se ocitne v situaci, ve které musí řešit etický problém či dilema. Matoušek však píše, že „*hodnoty a morální kontexty v sociální práci nejsou jednoznačně vymezeny*³¹³.“ Sociální pracovníce mi v rozhovoru sdělily několik eticky náročných situací, ve kterých se při své práci ocitly. Ke každému z těchto dilemat připojím krátký komentář s odkazem na některou etickou teorii z těch, jež jsem charakterizovala v kapitole Etika, a s jejíž pomocí by se situace dala vyřešit. Je to jen pouhý náčrt, na podrobné rozpracování není v této práci prostor a ani to není jejím cílem.

První problém je otázka, co je profesionální jednání a co není, resp. nastavování hranic ve vztahu s klientem. Konkrétně šlo o to, zda si s klienty tykat, případně s kterými, nebo zda přijmout jejich žádost o přátelství na Facebooku a chatovat s nimi. Může se zdát, že jde o banalitu, avšak citlivější klienti mohou vykáni či odmítnutí posílání zpráv chápat jako odmítnutí jich celých. Mohou si vsugerovat, že s nimi pracovníce nechce mít nic společného kvůli jejich diagnóze, že s nimi pracuje jen z povinnosti atd. Pracovníce tím však chrání své soukromí, zachovává profesionální rovinu vztahu a odděluje svůj osobní život (profil na Facebooku) od toho pracovního (kontakt s klientem). Myslím, že je vhodné mít používání tykání zpracované v nějaké vnitřní směrnici organizace. Z pohledu situační etiky by mohla pracovníce u každého klienta zvlášť zvážit, zda mu tykat a zda udržovat vztah i na sociálních sítích. Např. pokud s nimi promluví o tom, jak moc je to

³¹³ MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. s. 21.

pro ně důležité a jakou to hraje roli při jejich zotavení. Opět se však ocitá v situaci, kdy se mohou ostatní klienti cítit dotčeni. Utilitaristický pohled tedy říká, že nebylo navýšeno obecné blaho a tedy to není dobrý postup. Nechat se klientem přemluvit k překročení hranic, tedy podlehnout emocím, by bylo v souladu s teorií emotivismu.

Dalším dilematem je otázka, zda „nutit“ klienta např. jít do práce, když říká, že se necítí dobře. To může být opravdu „oříšek“, neboť sociální pracovník neví, v jakém stavu klient skutečně je. Zda je schopný se věnovat nějaké činnosti a jak náročná může být, jak dlouho to vydrží. Jak již bylo řečeno, kvalitní život je naplněn různými činnostmi, ať už pracovními nebo volnočasovými. Klient se může vymlouvat, ale může mu být skutečně špatně nebo je unavený v důsledku působení nemoci či medikace. Výmluvy mohou pramenit z lenosti, ale i ze strachu ze sociálního kontaktu. Klient má možná obavy z diskriminace, jíž by v práci mohl být vystaven nebo je pro něj náročná interakce s cizími lidmi. Možná cítí, že by se mu při fyzické či psychické zátěži udělalo špatně. Mezi dovednosti a schopnosti sociálního pracovníka samozřejmě patří znát a odhadnout svého klienta. Měl by také umět nalézt příčinu nechuti něco dělat. A v závislosti na příčině zvolit způsob a obsah komunikace s klientem. Měl by si dát pozor, aby se nestal „vševědoucím odborníkem“, který ví nejlépe, co je pro klienta dobré a přebírá za něj odpovědnost a řízení jeho života. Etika ctností upřednostňuje uměřenost. Jednat v zájmu klienta znamená posoudit, zda jsou pro něj momentálně přínosnější výhody poskytnuté prací (zabavení se, socializace, výdělek) nebo odpočinkem (nabrání nových sil, příprava na podání výkonu).

Klasickým konfliktem je zájem sociálního pracovníka nebo organizace versus zájem klienta. Pracovnice upozornila, že k tomu svádí způsob financování sociálních služeb, nebo k tomu dochází při tvorbě individuálních plánů, kdy si pracovník myslí, že ví nejlépe, co je pro klienta vhodné. K tomu má mnoho co říct směr deontologie, který říká, že člověka nikdy nesmíme chápat a použít pouze jako účel. Pokud tedy pracovnice s klientem zachází tak, aby získala co nejvíce financí, je to zneužití jeho osoby, což je eticky nepřijatelné. Princip dvojího účinku by však povolil použití klienta, pokud by cílem bylo sehnání peněz pro organizaci, která by tak mohla poskytovat kvalitnější služby nebo přijmout větší počet klientů. Naopak katolická etika říká, že účel nesvětí prostředky a takové jednání by bylo neetické.

Další eticky náročnou situací, které se při práci s osobami s duševní nemocí čelí, je jak hovořit s klientem, který nemá náhled na své onemocnění. Jak dalece mu vyvracet jeho přesvědčení, že je zdravý (např. když se hlásí do zaměstnání, na které si svou

kvalifikaci vyfabuloval). Opět zde pracovník v souladu s deontologií musí dbát důstojnosti člověka. Důstojnost člověka podporuje informovanost o vlastním zdravotním stavu. Vyhne se tím spoustě nepříjemností. Pracovník by měl zvolit citlivý přístup a nestavět se do role autority, která rozhoduje za klienta. Jeví se vhodné poradit se přímo s psychiatrem, jak postupovat.

Na konec jsem si nechala nejzajímavější případ. Kdy je klientův zdravotní stav tak závažný, aby mu pracovnice zavolala sanitku. Tento bych ráda rozebrala podrobněji, ačkoli se ani tentokrát nedá mluvit o vyčerpávajícím rozboru. Návod, jak řešit etické dilema, poskytl Reamer. Jím sestavený postup se skládá z několika kroků, jimiž lze dojít ke vhodnému vyřešení konfliktu a zvolit jednu z variant.³¹⁴

1. Na začátku se vůbec identifikuje etický problém a hodnoty a povinnosti, jež se ocitly v konfliktu.

Problém je nechat či nenechat klienta hospitalizovat? Jak a podle čeho sociální pracovnice pozná, kdy je to nutné a kdy se dá klientův stav zvládnout bez pobytu v léčebně? Hodnotou je zde klientova lidská důstojnost a jeho právo rozhodovat o sobě sám, ale také jeho zdraví. Klient pravděpodobně hospitalizaci odmítá a pracovnice ji chápe jako krok zpátky v klientově cestě zotavení. Povinností je udržet bezpečí ostatních obyvatelů chráněného bydlení i samotných pracovníků. Klient nemusí být v atace přímo nebezpečný, ale komfort života v jeho přítomnosti může být snížený.

2. Následně se určí, koho se rozhodnutí týká, a to jednotlivce, skupiny i organizace. Zapojen je zde klient a jeho sociální pracovnice, v rámci porady ostatní sociální pracovníci, ostatní obyvatelé chráněného bydlení.

3. Poté se promýšlí všechny možné varianty konání s důrazem na jednotlivé následky vyplývající pro všechny dotčené strany. Zaměřuje se na přínosy i rizika. Možnosti jsou v podstatě 2 a to zavolat sanitu či ji nezavolat. Je potřeba zvážit, jak těžký je klientův stav. Zda by mu hospitalizace neprospěla, mohla by mu být poskytnuta intenzivnější péče, upravena medikace, aby užíval vhodnější psychofarmaka a ústavní režim by mu mohl umožnit úlevu a odpočinek od „fungování venku“. V případě nezavolání je nutné promyslet další postup, jak naložit s klientem v silné atace. Ačkoli je prožívání psychotických atak individuální záležitostí, bylo by vhodné mít takový postup zpracovaný ve vnitřním předpisu organizace.

³¹⁴ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 88.

4. Dále se tyto způsoby chování posoudí z hlediska etického kodexu a legislativy, z hlediska etických teorií a principů, z hlediska praktické teorie a principů sociální práce a z hlediska osobních hodnot pracovníka.

Etické kodexy ukládají pracovníci jednat tak, aby chránila důstojnost svého klienta, být si vědoma svých omezení a v případě potřeby předat klienta povolanějším odborníkům, podporovat klienta v jeho rozhodování a odpovědnosti, přičemž jej informuje o možných rizicích a důsledcích rozhodování.³¹⁵ Kant doporučuje prokazovat respekt všem lidem, nezáleží při tom na jejich osobní situaci³¹⁶. Zajímavý je pohled na situaci z hlediska zobecnění jednání a jeho aplikaci na každou takovou situaci (v souladu s Kantovou maximou). Obávám se však, že psychotická ataka je natolik individuální a její prožívání natolik subjektivní, že zde nelze rozhodnutí rozšiřovat na všechny případy. Naopak si myslím, že rozhodnout se příště stejně pouze na základě zobecnění (ať už u toho samého klienta či u jiných) by bylo zjednodušení, a tak nemá cenu se tímto myšlenkovým směrem vůbec vydávat. Zobecnit však lze pravidlo, aby se ke všem klientům přistupovalo stejně a žádnému nebyly udělovány výjimky. Utilitarismus obrací pozornost pracovníce na následky jejího jednání. Měla by vymyslet, jak dospět k tomu, aby vyřešení prospělo co nejvíce lidem. Pokud by byl klient hospitalizován dlouhodobě, chráněné bydlení by získalo volné místo pro umístění nového klienta. K rozhodování přispějí zkušenosti konkrétního klienta s psychotickými atakami, jejich zvládnutím a prožíváním hospitalizace. Znalost těchto zkušeností pomůže zvážit, zda by hospitalizace byla nejvhodnější variantou a prospěla by klientovi.

5. V této fázi je vhodné se poradit s kolegy a s dalšími odborníky. Konzultace pomůže nahlédnout aspekty, které sám pracovník neviděl.

Sociální pracovníce může požádat o radu své kolegy, aby se s ní podělili o své zkušenosti s podobnou situací a s postupy, které již byly využity a buď se osvědčily či nikoli. Také mohou poskytnout vlastní názory a připomenout některé etické principy. Na místě je také poradit se s psychiatrem, který psychotickému stavu pravděpodobně rozumí lépe než sociální pracovníci. Je možné svolat poradnu, nebo se k případu vrátit na následující intervizi či supervizi.

³¹⁵ Srov. Společnost sociálních pracovníků ČR. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků České republiky*. [online]; Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. *Etický kodex sociálního pracovníka České republiky*. [online].

³¹⁶ Srov. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. s. 10.

6. Žádoucí je zaznamenat proces rozhodování a hledání řešení, jednak pro inspiraci v dalších případech a jednak pro vyřizování případných stížností.

Závěrečný krok vlastně odkazuje k předchozímu, který demonstruje užitečnost záznamů.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce popisuje 3 tematické okruhy, které lze rozklíčovat již z jejího názvu: oblast sociální práce, oblast osob s duševním onemocněním a oblast etiky. V poslední kapitole Diskuze proběhla jejich syntéza podpořená zjištěními získanými z rozhovorů. Cílem práce bylo získat náhled na to, jak vypadá sociální práce s osobami, které trpí duševním onemocněním s důrazem na etickou složku této práce. Stanovený cíl byl naplněn.

V úvodu práce jsem popsala svou motivaci pro výběr tohoto tématu, představila strukturu práce, její cíl a hlavní použitou literaturu.

Pro uvedení do tematiky byly charakterizovány duševní nemoci, nebylo však nutné zabíhat do detailů jednotlivých diagnóz. Podstatnější pro mou diplomovou práci je, jak v České republice v současné době vypadá péče o lidi, kteří se s těmito diagnózami potýkají. Byl tedy popsán systém zahrnující psychoterapii, psychofarmakoterapii, pobytová zařízení a další. Zdůraznila jsem aspekt multidisciplinárního týmu, který je v kontextu reformy neopomenutelný.

Jako další krok jsem považovala za vhodné uvést principy sociální práce, jež se váží k cílové skupině osob s duševním onemocněním. Zde jsou stěžejní témata komunitní práce a psychiatrické rehabilitace. Charakterizovány byly také sociální služby, jejichž prostřednictvím sociální pracovníci poskytují podporu.

Samostatnou kapitolu jsem věnovala stigmatizaci lidí s duševní nemocí. Je to velký problém, který vede k diskriminaci těch, vůči kterým je nasměrovaná. Jde o scestný pohled na určitou skupinu lidí, který je dehonestuje a demotivuje. Způsobuje jim četné problémy, jež jsou v kapitole popsány. Jelikož tento fenomén ještě ztěžuje už tak nelehkou situaci duševně nemocných, je nutné jej vymýtit. Vyplývá z neznalosti problematiky a váže se na stereotypy a předsudky. Destigmatizace psychických poruch je jedním z cílů reformy psychiatrické péče. Stigmatizace této skupiny osob zde jednoznačně existuje a je závažná. Přiblížila jsem také časté mýty, které se k problematice váží.

Další kapitola se věnuje právě probíhající psychiatrické reformě a to proto, že v tom vidím obrovský posun směrem k důstojnosti skupiny psychiatrických pacientů. Reformátorskou vizí je zkvalitnit jim život. Do systému přibývají nové instituce (centra duševního zdraví), přičemž ty stávající jsou modernizovány. Péče tedy bude dostupnější

a příjemnější, nemocní lidé se budou vracet do své komunity místo aby byli izolováni v léčebnách ukrytých za městy.

V rámci etického tématu bylo nezbytné nejdříve vymezit několik základních pojmů. Poté již řeším jednotlivé principy a podmínky sociální práce, jež by měly být sociálními pracovníky ctěny a dodržovány, aby byla jejich práce morálně i eticky dobrá. Patří sem např. empatický přístup, rozlišování pomoci a kontroly, sebereflexe nebo sebevzdělávání. Následuje představení etických směrů, jejichž znalost pomáhá sociálním pracovníkům rozhodovat se správně v dilematických či problematických situacích.

V části Diskuze jsem propojila teoretické poznatky odborných zdrojů se zjištěními získanými z rozhovorů se sociálními pracovníci. Rozhovory byly zaměřené na život s duševní nemocí a na dopady stigmatizace, kde panuje jednohlasná shoda mezi teorií a praxí. Pracovnice vyjmenovávaly typické obtíže, se kterými se osoby s duševním onemocněním setkávají, včetně diskriminace. Duševní nemoc zasáhne celého člověka a celý jeho život, jak vyplynulo i z rozhovorů. Jedna z tázaných pracovníček přímo pojmenovala bio-psycho-sociální dopad. Další pracovníce doplnila, že dopady a potíže pak do velké míry závisejí na konkrétní diagnóze a dalších aspektech (např. osobnost pacienta). Výstupem eticky zaměřených dotazů je skromný náčrt řešení eticky náročných situací s přispěním etických teorií.

„Lidé s duševním onemocněním, mají-li správnou péči, chodí běžně do školy či do práce, zakládají rodiny a vychovávají děti“³¹⁷. Tato věta ukazuje 2 věci. Za prvé že to jde – osoby trpící duševní nemocí jsou schopny vést normální kvalitní život. Za druhé je zde podmínka správné péče, což je výzva směrem ke společnosti, aby tuto podmínku splnila anebo umožnila.

³¹⁷ NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Destigmatizační manuál*. s. 19.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

TIŠTĚNÉ PUBLIKACE

1. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. 3. vydání. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0953-1.
2. ČAPEK, J. et al. *Přístupy k etice II*. Praha: Filosofia, 2015. ISBN 978-80-7007-442-8.
3. DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. 6. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0040-6.
4. DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
5. FISCHER, O., MILFAIT, R. a kol. *Etika pro sociální práci*. Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.
6. FELTCHER, S. *Situační etika: nová morálka*. Praha: Kalich, 2009. ISBN 978-80-7017-126-4.
7. GOFFMAN, E. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-21-0.
8. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
9. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
11. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 2. vydání. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.
12. KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990. ISBN 80-205-0152-5.
13. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
15. KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.

16. KUTNOHORSKÁ, J.; CICHÁ, M.; GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
17. KUZNÍKOVÁ, I. (ed.) *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
18. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
19. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
20. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
21. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
22. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
23. MASLOW, A. H. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 98-80-262-0618-7.
24. MÁTEL, A. (ed.) *Etika sociální práce*. Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžběty, 2010. ISBN 978-80-89271-85-6.
25. MILL, J. S. *Utilitarismus*. Praha: Vyšehrad, 2011. ISBN 978-80-7429-140-1.
26. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-443-8.
27. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Destigmatizační manuál*. 2017. ISBN neuvedeno.
28. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3709-6.
29. PETR, T.; MARKOVÁ, E. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4236.
30. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. (eds.) *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
31. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.
32. PRAŠKO, J.; BAREŠ, M.; HORÁČEK, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
33. PROBSTOVÁ, V.; PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

34. Psychiatrická společnost ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Galén, 2017. ISBN neuvedeno.
35. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
36. OREL, M. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0931-7.
37. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1.
38. SKOBLÍK, J. *Poznámky ke křesťanské etice*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-357-1.
39. SPAEMANN, R. *Základní mravní pojmy a postoje*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0484-2.
40. SOKOL, J. *Etika a život*. Praha: Vyšehrad, 2010. ISBN 978-80-7429-063-3.
41. SVOBODA, M. (ed.) *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.
42. TEOLOGICKÁ FAKULTA. *Stručný filosofický slovník*. České Budějovice: 1990. ISBN neuvedeno.
43. THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.
44. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Vydání třetí. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-36-6.
45. World Health Organization. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část*. Praha: 2017. ISBN: 978-80-7472-168-7.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. ANDERS, M. Reforma psychiatrie už není jako yetti. *Zdravotnický deník*. [online]. 28.1.2019 [cit. 22.2.2019]. Dostupné na WWW: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2019/01/reforma-psychiatrie-uz-neni-jako-yetti/?fbclid=IwAR2zDDfjIopyuYPbHCII1a4WwHb5YGoyzCaoo2K-9TMhPLcaSMUwx_U86v4>.
2. BOČEK, J. Dvacet týmů do terénu, útlum léčeben, nové léky. 25 let dat o psychiatrické péči ukazuje, jak se přesunuje z uzavřených oddělení domů. *iRozhlas*. [online]. 12.2.2019 [cit. 24.2.2019]. Dostupné na WWW: <https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/psychiatrie-lecebny-reforma-psychiatricke-pece-schizofrenie_1902120600_jab?fbclid=IwAR1JW9vicW8doByTXN4mEAh_E5tw3dMPM3KnJ_j844BYx3RA_0zXGNv72-A>.
3. Česká televize. *Studio ČT24*. [online]. České Budějovice. 19.4.2018 [cit. 14.2.2019]. Dostupné na WWW: <<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10101491767-studio-ct24/218411035000023/>>.
4. Česká televize. *Studio 6*. [online]. 10.10.2018 [cit. 15.2.2019]. Dostupné na WWW: <<https://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1096902795-studio-6/218411010101010/obsah/649109-svetovy-den-dusevniho-zdravi>>.
5. Česká tisková kancelář. Uvazování je v psychiatrických léčebnách běžné, zjistil ministr zdravotnictví Vojtěch. *Aktuálně.cz*. [online]. 20.2.2019 [cit. 21.2.2019]. Dostupné na WWW: <<https://zpravy.aktualne.cz/domaci/pacienti-psychiatrickych-leceben-jsou-omezovani-uvazovani-je/r~7496987c353d11e9ae850cc47ab5f122/?fbclid=IwAR11U118vo510jgeoHcDsU7cs9YmjvzLi-rJ2oCr21VONZ3Ofh0wMCDNmEs>>.
6. Společnost sociálních pracovníků ČR. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků České republiky*. [online]. 19.5.2006. [cit. 20.3.2019]. Dostupné na WWW: <http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_ssprcr.pdf>.
7. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. *Etický kodex sociálního pracovníka České republiky*. [online]. [cit. 20.3.2019]. Dostupné na WWW: <http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf>.

8. HOLLÝ, M. Ředitel Bohnic Martin Hollý: Dostupnost psychoterapie pro psychiatrické pacienty je zoufale nízká. *Český rozhlas Radio Wave*. [online]. 26.10.2018 [cit. 16.2.2019]. Dostupné na WWW: <<https://wave.rozhlas.cz/reditel-bohnic-martin-holly-dostupnost-psychoterapie-pro-psychiatricke-pacienty-7662837>>.
9. JANÍČEK, J. Chceme přestat tajit, že se léčíme, depresi nepřekonáte vůlí, říká Janíček. *Apel DVTV*. [online]. 30.10.2018 [cit. 17.2.2019]. Dostupné na WWW: <<https://video.aktualne.cz/dvtv/chceme-prestat-tajit-ze-se-lecime-depresi-neprekonate-vuli-r/r~6b765098dc3211e8b64eac1f6b220ee8/?fbclid=IwAR06nbjiOF-M4U4eJORKP3hUCzRxXAym1yzZg6Wk4yiALRYx-2tTUU9eP2U&redirected=1550400076>>.
10. KADLEC, J. Schizofrenie se může projevit komukoli, všichni v sobě máme spouštěče, říká nemocný Pavel Mikšátko. *Budějcká Drbna* [online]. [cit. 26.12.2018]. Dostupné na WWW: <https://www.budejckadrzna.cz/zpravy/spolecnost/22014-schizofrenie-se-muze-projevit-komukoli-vsichni-v-sobe-mame-spoustece-rika-nemocny-pavel-miksatro.html?fbclid=IwAR2UeuyzXDE7yTciBAw3iPfb4lY5jcyycxyAwiqX_3mCoCqXgIz8aj0hoi0&utm_source=copy>.
11. KOUBOVÁ, M. Spolupráci rezortů na reformě péče o duševní zdraví má zajistit akční plán. Na vládu poputuje během pár měsíců. *Zdravotnický deník*. [online]. 21.2.2019 [cit. 21.2.2019]. Dostupné na WWW: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2019/02/spolupraci-rezortu-reforme-pecedusevni-zdravi-ma-zajistit-akcni-plan-vladu-poputuje-behem-par-mesicu/?fbclid=IwAR0AGQN0I2FGCseswjjPaN5OBE7XJXT_nUorjfTrW4pRTcg9ChUhK3FFwak>.
12. KUBOVÁ, A. Psychiatrickou péči v Česku čeká velká reforma. Odborníci se přesunou do terénu blíže k lidem. *Český rozhlas Vysočina* [online]. 31.3.2018 [cit. 14.2.2019]. Dostupné na WWW: <<https://vysocina.rozhlas.cz/psychiatrickou-peci-v-cesku-ceka-velka-reforma-odbornici-se-presunou-do-terenu-7110178>>.
13. MICHALICOVÁ, V. Jihočeši mohou mluvit do reformy psychiatrické péče. *Fokus České Budějovice*. [online]. 19.9.2018 [cit. 15.2.2019]. Dostupné na WWW: <<http://www.fokus-cb.cz/aktuality/jihocesi-mohou-mluvit-do-reformy-psychiatricke-pec/>>.

14. Národní ústav duševního zdraví. Dlouhodobé hospitalizace v psychiatrických nemocnicích nedávají ekonomicky smysl, ukazuje studie našich výzkumníků. *Aktuality*. [online]. 14.11.2018 [cit. 20.2.2019]. Dostupné na WWW: <<http://www.nudz.cz/dlouhodobé-hospitalizace-v-psychiatrických-nemocnicích-nedávají-ekonomicky-smysl-ukazuje-studie-nasich-vyzkumníků>>.
15. Národní ústav duševního zdraví. Fakta a mýty. *Na rovinu*. [online]. Zář 2017 [cit. 25.2.2019]. Dostupné na WWW: <<http://narovinu.net/fakta/>>.
16. Národní ústav duševního zdraví. Projekt DESTIGMATIZACE. *Na rovinu*. [online]. Zář 2017 [cit. 20.2.2019]. Dostupné na WWW: <<http://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>>.
17. Národní ústav duševního zdraví. Proč potřebujeme reformu psychiatrické péče. *Na rovinu*. [online]. Zář 2017 [cit. 24.2.2019]. Dostupné na WWW: <<http://narovinu.net/proc-potrebujeme-reformu-psychiatricke-pece/>>.
18. SOLOMONOVÁ, M. Schizofrenie? Neházejme diagnózami, duševně nemocní nejsou odepsaní, říká Salomonová. *Apel DVTV*. [online]. 20.11.2018 [cit. 21.2.2019]. Dostupné na WWW: <https://video.aktualne.cz/dvtv/schizofrenie-nehazejme-diagnozami-dusevne-nemocni-nejsou-ode/r~3269502cebe411e8b9390cc47ab5f122/?fbclid=IwAR2x1AWJQ-6o-LWLBfBoOYyouTTXv5ZHE8oxF_qWTXWK63I6DTcJDAjOLtwY&redirected=1542732101>.
19. SOLOMONOVÁ, M. Marie Solomonová: Mýty kolem duševního zdraví nemocným škodí. *Patalie.cz*. [online]. 26.10.2018 [cit. 16.2.2019]. Dostupné na WWW: <<https://patalie.cz/marie-salomonova-myty-kolem-dusevniho-zdravi-nemocnym-skodi/>>.
20. Strategická projektová kancelář ministerstva zdravotnictví. *Co je reforma?* Projektový blog. [online]. 15.10.2018 [cit. 25.2.2019]. Dostupné na WWW: <http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/>.
21. Strategická projektová kancelář ministerstva zdravotnictví. *Koncept kvality života*. Projektový blog. [online]. 15.10.2018 [cit. 25.2.2019]. Dostupné na WWW: <http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/koncept-kvality-zivota-quality-of-life/>.
22. Tiskové centrum. Ministerstvo zdravotnictví vybralo dalších 15 Center duševního zdraví, spustit by se měla do července. *Tisková zpráva*. [online]. Praha. 15.1.2019 [cit.

- 22.2.2019]. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-dalsich-15-center-dusevniho-zdravispustit-b_16664_1.html>.
23. Tiskové oddělení MPSV. Ministerstvo podává pomocnou ruku domácím hospicům a duševně nemocným. *Tisková zpráva*. [online]. Praha. 9.11.2018 [cit. 18.2.2019]. Dostupné na WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/34564/TZ_-_Ministerstvo_podava_pomocnou_ruku_domacim_hospicum_a_dusevne_nemocny_m.pdf>.
24. THORNICROFT, G. Zdravotníci jsou vůči duševně nemocným stejně stigmatizující jako ostatní, popisuje profesor Thornicroft. *Zdravotnický deník*. [online]. 25.11.2018 [cit. 25.2.2019]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/11/zdravotnici-jsou-vuci-dusevne-nemocnym-stejne-stigmatizujici-jako-ostatni-popisuje-profesor-thornicroft/>>.
25. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. [online]. Praha. [cit. 17.11.2018]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>>.
26. VODRÁŽKA, P. Život v Česku se změní. Pas bude hotov za den, ale také desetkrát podraží. *Seznam Zprávy*. [online]. 2.7.2018 [cit. 14.2.2019]. Dostupné na WWW: <<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/zivot-v-cesku-se-zmeni-pas-bude-hotov-za-den-ale-take-desetkrat-podrazi-50313?dop-ab-variant=3&seq-no=1&source=hp>>.
27. WINKLER, P. Pětina Čechů ročně prožije psychické onemocnění. Za stigmatizaci může i komunismus, tvrdí expert. *Info.cz* [online]. 24.4.2018 [cit. 26.12.2018]. Dostupné na WWW: <<https://www.info.cz/magazin/petina-cechu-rocne-prozije-psychicke-onemocneni-za-stigmatizaci-muze-i-komunismus-tvrdi-expert-28733.html>>.
28. Zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1.10.2017. [online]. [cit. 27.12.2018]. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>>.

PŘÍLOHA

OTÁZKY PRO ROZHOVORY

1. Co vás konkrétně vedlo k práci s lidmi s duševním onemocněním?
2. Můžete uvést výčet potíží, se kterými se člověk s duševním onemocněním potýká?
3. Co je podle vás největší problém pro duševně nemocného člověka? Jakou oblast mají vaši klienti největší problém zvládat?
(např. sociální vztahy, najít a udržet si zaměstnání, léčba)
4. Napadá vás naopak nějaká oblast, ve které má člověk s duševním onemocněním výhodu oproti jiným cílovým skupinám sociální práce?
5. Jaké jsou obvyklé problémy, na které si přímo vaši klienti stěžují?
6. Můžete uvést nějaký konkrétní příběh, kdy se klient potýkal s opravdu závažnými potížemi?
7. Vnímáte rozdíl v postavení osob s duševním onemocněním od postavení jiných cílových skupin sociální práce?
8. Co si podle vás myslí společnost o osobách s duševním onemocněním?
9. S jakými názory se nejčastěji setkáváte?
10. Reagujete nějak, pokud jste ve společnosti, kde někdo mluví hanlivě o osobách s duševním onemocněním?
Pokud ano, jakým způsobem?
11. S jakými se setkáváte reakcemi, když někomu sdělíte, že pracujete s osobami s duševním onemocněním?
Připadáte si sama nějak stigmatizovaná kvůli tomu, že pracujete s duševně nemocnými?
12. Myslíte si, že se postavení osob s duševním onemocněním lepší?
13. Je něco, co se naopak zhoršilo?
14. Které projekty vám přijdou jako smysluplné, které opravdu mají potenciál zlepšit situaci?
15. Provozujete či jste provozovali nějaké projekty přímo zde ve Fokusu?
16. Máte zpětnou vazbu od klientů na spolupráci s vámi?
(Např. chválí vás za to, že se díky vám cítí více jako „normální lidé“ nebo za nějaký projekt? Nebo naopak říkají, že jim něco podobného chybí?)
17. S jakými všemi institucemi spolupracujete?

(např. zaměstnavatelé, lékaři, úřad práce)

18. Máte jako organizace možnost zapojit se nějakým způsobem do probíhající reformy psychiatrické péče?

19. Jaký máte názor na centra duševního zdraví?

Myslíte si, že jsou dostatečně připravená?

20. Jaký může být jejich dopad na klienty i veřejnost?

21. V čem vidíte jejich největší přínos?

22. Jak vaši klienti vnímají sami sebe?

23. A jak vnímají své postavení ve společnosti? Cítí nějaké stigma?

24. Na jaké úrovni je u nás psychiatrická péče? A jak je dostupná?

25. Řešíte při své práci nějaká etická dilemata a etické problémy?

(ať už je to přímo v kontaktu s klienty nebo mimo něj)

Pokud ano, můžete je popsat?

26. Jakým způsobem etické problémy řešíte?

27. Jak se vaše organizace staví k etické stránce sociální práce?

Zabýváte se jí např. v rámci intervize nebo jsou na ni zaměřena školení nebo dodržujete nějaký etický kodex apod.?

28. Máte v rámci organizace daný určitý postup, jak se s etickým problémem vypořádat?

Vyhovuje vám tento postup, resp. řídíte se jím?

ABSTRAKT

VILINGEROVÁ, I. *Etický aspekt sociální práce s osobami s duševním onemocněním*. České Budějovice 2019. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce J. Mišovič.

Klíčová slova

sociální práce, osoby s duševním onemocněním, etika, stigmatizace

Diplomová práce se zabývá sociální prací s osobami s duševním onemocněním s důrazem na etickou složku. Cílem bylo zjistit, jak sociální pracovníci pracují s danou cílovou skupinou a jak jsou při tom ovlivněni etikou. Meritorní část se s pomocí odborných zdrojů teoreticky zabývá problematikou duševních onemocnění s ohledem na systém psychiatrické péče v České republice, předkládá principy sociální práce s danou cílovou skupinou a představuje etickou stránku včetně nejvlivnějších etických směrů. Věnuje se také důležité změně – reformě psychiatrické péče, která aktuálně probíhá. Jejím úkolem je zmodernizovat psychiatrickou péči a zkvalitnit život lidem s duševním onemocněním. Diskuzní část konfrontuje teorii s praxí na základě rozhovorů provedených se sociálními pracovníci. Závěr potvrzuje shodu, která z diskuze vyšla. Výpovědi sociálních pracovníků odpovídají obtížím, které jsou popsány v odborných publikacích. Z práce vyplývá, že život s duševní nemocí není snadný. Lidé, kteří jí trpí, však mají svou důstojnost a měli by být součástí společnosti. Neměli by být diskriminováni ani vnímáni jen jako diagnóza.

ABSTRACT

Ethical aspect of social work with people with mental illness

Key words

social work, people with mental illness, ethics, stigmatization

The thesis is focused on social work with people with mental illness with emphasis on the ethical component. The aim was to ascertain how the social workers work with the given target group and how they're influenced by ethics at their work. With help of expert sources, the meritorious part is theoretically focused on issues of mental illness with respect to the psychiatric care system in the Czech Republic, submits principles of social work with the corresponding target group and presents the ethical point of view including the most influential ethical trends. It also pays attention to a significant change – reform of psychiatric care that has been currently taking place. Its task is to update the psychiatric care and enhance the quality of life of people with mental illness. The discussion part confronts the theory with practice based on conversation with social workers. The conclusion confirms the conformity resulting from the discussion. The statements of social workers correspond to problems that are described in professional publications. One can assume from the thesis, life with mental illness is not easy. However, people suffering from mental illness have their dignity and should be an integral part of society. They shouldn't be discriminated nor perceived only as a diagnosis.