

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor Sociální pracovník
(kombinace):

DŮVODY UMÍSTĚNÍ OSOB SE SCHIZOFRENIÍ DO DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM
REŽIMEM

REASONS FOR PLACEMENT OF PERSONS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA INTO A HOME WITH SPECIAL REGIME

Bakalářská práce: 08-FP-KSS- 3021

Autor:

Ivana KOFROVÁ

Podpis:

Adresa:

Lhotka nad Labem 74

410 02 Lovosice

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
70	9	8	1	19	11+CD

V Liberci dne: 15.4.2009

R e s u m é

The Bachelor thesis was focused on the life problems of clients diagnosed with schizophrenia who are put into social care facilities. The goal of the thesis was to theoretically and practically map the reasons why people diagnosed with schizophrenia are put into such facilities.

In the theoretical section the structure of social service facilities, schizophrenia and its aetiology, symptoms, course of the disease, forms and social impacts are described.

The aim of the practical section was to find the reasons why a person suffering from schizophrenia is put into a social care facility.

I used the methods of analysis and synthesis of file documentation. The methods were completed with observation and interview. To get a better view, the lives of ten clients were presented in casuistry so that the reader may understand the seriousness of the societal problems better. Based on the research, the typical reasons for putting clients suffering from schizophrenia into social care facilities and their problem circuits of life were defined. In particular, the problems related to discipline in pharmacotherapy, keeping basic hygiene and the ability to dispose of money.

Key words: Schizophrenia, social care facility, bizarre behaviour, hallucinations, delusions, depressions, ability to keep basic hygiene, dispose of money, acceptance of therapy.

R e s ü m e e

Die Bakkalaureatsarbeit hat sich mit der Lebensproblematik von Kunden mit der Diagnose Schizophrenie befasst, die in einer Betreuungseinrichtung untergebracht wurden. Das Ziel der Arbeit bestand in der Feststellung von theoretischen und praktischen Gründen, warum Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie in einer Betreuungseinrichtung untergebracht werden.

Im theoretischen Teil wurden die Einteilung der Betreuungseinrichtungen und der Schizophrenie, ihre Ätiologie, die Anzeichen, der Krankheitsverlauf, die Krankheitsformen und die sozialen Folgen beschrieben.

Das Ziel des praktischen Teils bestand darin festzustellen, welche Gründe für die Unterbringung eines Menschen mit Schizophrenie in einer Betreuungseinrichtung bestehen.

In der Bakkalaureatsarbeit wurde die Methode der Analyse und Synthese der schriftlichen Dokumentation verwendet. Diese Methode wurde durch Beobachtungen und Gespräche ergänzt. Zur besseren Anschauung wurde deshalb die Lebenssituation von zehn einzelnen Kunden näher gebracht, damit sich der Leser besser die Wichtigkeit dieser gesellschaftlichen Problematik vorstellen kann. Durch die Nachforschungen konnten die häufigsten Gründe für die Unterbringung von Kunden mit Schizophrenie in einer Betreuungseinrichtung und die Problembereiche in deren Leben festgestellt werden. Vor allem die Frage der Disziplin bei der medikamentösen Behandlung, der hygienischen Gewohnheiten und die Fähigkeit selbstständig mit finanziellen Mitteln umzugehen.

Kennwörter: Schizophrenie, Betreuungseinrichtung, seltsame Verhaltensweise, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Depressionen, Fähigkeit sich um sich selbst zu kümmern, Auskommen mit finanziellen Mitteln, Akzeptanz der Behandlung.

Obsah

1 ÚVOD.....	3
2 Teoretické zpracování problému.....	5
2.1 Zařízení sociálních služeb.....	5
2.1.1 Zařízení sociální péče.....	5
2.1.2 Domovy se zvláštním režimem.....	6
2.2 Schizofrenie.....	7
2.2.1 Definice schizofrenie.....	7
2.2.2 Epidemiologie.....	8
2.2.3 Dědičnost.....	9
2.2.4 Etiologie a patogeneze.....	9
2.2.5 Rizikové faktory a prevence.....	10
2.2.6 Příznaky.....	10
2.2.7 Emoční poruchy.....	12
2.3 Diagnostika.....	12
2.4 Formy schizofrenie.....	13
2.5 Průběh onemocnění.....	14
2.5.1 Fáze léčby.....	15
2.6 Pracovní schopnost.....	16
2.7 Terapie.....	16
2.8 Sociální důsledky schizofrenie.....	17
2.9 Předsudky.....	18
2.9.1 Strach z nepředvídatelného chování.....	19
2.10 Rodina.....	19
2.11 Návyk.....	21
2.11.1 Náruživé kouření.....	22
2.11.2 Alkoholismus.....	23
2.11.3 Bezdomovectví.....	23
1 Praktická část.....	25
3.1 Cíl praktické části.....	25
3.1.1 Stanovené předpoklady.....	25
3.2 Metody výzkumu.....	26
3.2.1 Práce se spisovou dokumentací.....	26
3.2.2 Pozorování.....	27
3.2.3 Kazuistika.....	27
3.2.4 Rozhovor.....	27
3.3 Charakteristika prostředí výzkumu.....	28
3.3.1 Výzkumný soubor.....	29
3.4 Získaná data.....	29
3.4.1 Kazuistiky.....	29
3.4.2 Šetření vzorku 100 klientů v zařízení sociální péče.....	55
3.4.2.1 Počet klientů umisťovaných do zařízení dle věkových kategorií.....	55
3.4.2.2 Příchod klientů do zařízení.....	56
3.4.2.3 Schopnost hospodaření s finančními prostředky.....	57
3.4.2.4 Schopnost pečovat o vlastní osobu.....	58
3.4.2.5 Akceptování léčby.....	59
3.4.2.6 Rodinný stav.....	60

3.4.2.7 Nejčastější závislost.....	61
3.5 Interpretace získaných dat	62
4 ZÁVĚR.....	65
5 NÁVRH OPATŘENÍ.....	66
6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
7 SEZNAM PŘÍLOH.....	70

1 ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá ozřejmením, proč jsou lidé postižení schizofrenií umisťováni do zařízení sociální péče.

Schizofrenní onemocnění je závažné duševní onemocnění, které zásadní způsobem mění chování a prožívání nemocného člověka, omezuje jeho sociální přizpůsobivost, pracovní schopnosti a zhoršuje kvalitu jeho života.

Práce s lidmi s psychotickým onemocněním je složitá a klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístup. Je důležité, aby k těmto lidem pracovníci pomáhajících profesí přistupovali přirozeně, s respektem a zájmem. Pokud takto postižený člověk cítí, že je o něj zájem, že mu nasloucháme, vnímáme jeho prožívání, málokdy dojde v kontaktu s ním k nějaké chybě. Důležité je však vážit slova a počítat s tím, že postižený člověk může být zvýšeně vztahovačný. To, co by „unesla“ běžná komunikace, může být zde zdrojem tenze a nedorozumění. Je potřeba počítat, že vzájemnou komunikaci mohou ovlivňovat halucinace a bludy.

Myšlení lidí se schizofrenií může být poruchové, nedávající smysl. Bývá u nich narušený filtr třídění informací. Je pro ně obtížné soustředit se jen na podstatné informace. Komunikace je pak pro takového člověka velmi vyčerpávající. Nepochopení situace může vést k přesvědčení, že každodenní životní situace pro nemocného je zlověstná a může u pracovníka snadno dojít až k syndromu vyhoření.

U schizofrenního myšlení jsou do popředí kladeny nepodstatné rysy celku, jsou užívány místo těch, které jsou pro situaci přiměřené. Proto komunikaci s člověkem se schizofrenií přizpůsobujeme jeho možnostem a projevům. Jinak jednáme s klientem, který je stabilizovaný, adaptovaný a jinak s člověkem, který je v akutní krizi.

Lidé se schizofrenií se snadno dostávají do společenské izolace. Jejich onemocnění jim často znemožňuje přirozeně budovat mezilidské vztahy. Může také dříve navázané vazby zničit. V neposlední řadě je pak mohou omezovat finanční prostředky, které jim umožňují pouze limitovaný pobyt ve veřejných prostorech.

Tématem předložené bakalářské práce je důvod umisťování klientů se schizofrenií do zařízení sociální péče. Téma jsem zvolila vzhledem k tomu, že pracuji v zařízení sociální péče pro klienty se schizofrenií a zajímalo mě, proč někteří lidé, zdánlivě „schopní“, byli umístěni do zařízení.

Cílem bakalářské práce je zmapovat teoreticky i prakticky důvody, proč jsou lidé s diagnosou schizofrenie umisťováni do zařízení sociální péče.

Předmětem bakalářské práce je otázka, proč jsou lidé se schizofrenií umisťováni do zařízení sociální péče? Co je hlavním důvodem?

V bakalářské práci byla použita metoda práce se spisovou dokumentací, analýza a syntéza dat spisové dokumentace, pozorování, rozhovor a kazuistiky. Práce vychází z hlavních předpokladu, že více jak polovina uživatelů sociálních služeb je do zařízení umísťována vzhledem k náročné péči o jejich osobu, kterou jejich rodina nezvládla.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretické a praktické. V teoretické části je stručně popsáno rozdělení zařízení sociálních služeb, pojem schizofrenie, její etiologie, projevy, průběh onemocnění, formy, sociální důsledky. V závěru se teoretická část zaměřuje na popis rodiny, její funkce.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

2.1 Zařízení sociálních služeb

„Lidem se speciálními potřebami jsou přiznána práva na plnohodnotný a důstojný život ve společnosti, do níž se narodili a jejíž povinností je vytvořit takový systém speciálních služeb a podpor, aby byly speciální potřeby těchto osob po celý jejich život adekvátně naplňovány“.¹

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na půl cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče.

2.1.1 Zařízení sociální péče

„K nejrozšířenějším zařízením sociální péče, v nichž může probíhat komplexní péče osob s handicapem patří ústavy sociální péče. Systém ústavní péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Přestože se po demokratických změnách v roce 1989 spojených s pádem totalitního centralismu do ústavnictví opět vrátily nestátní alternativy

1 PEŠATOVÁ, I. Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky, Liberec: 2005. s. 14

*v podobě soukromých a církevních subjektů, většina těchto institucí je dnes součástí systému státních ústavů sociální péče“.*²

V oblasti sociálních služeb dochází ke značným změnám. Změny se týkají především přístupu k uživatelům služeb.

V roce 2002 vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí metodický materiál Standardy kvality sociálních služeb, který by měl být pomůckou pro poskytovatele sociálních služeb, kteří usilují o poskytování kvalitní služby.

2.1.2 Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Je to náročná práce a proto je potřeba umět pochopit situaci a přizpůsobit ji k možnostem klienta.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.³

2 VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: 2003. s.106

3 Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

2.2 Schizofrenie

„Schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Patří k nejzávažnějším psychickým poruchám.“⁴

2.2.1 Definice schizofrenie

Schizofrenie zůstává i na počátku 21. století jedním z nejzávažnějších onemocnění nejen v kontextu psychiatrie, ale i celé medicíny.⁵

*„Zachytit pravý význam pojmu schizofrenie bez ohledu na teoretické stanovisko a historicky podmíněnou klinickou zkušenost je prakticky nemožné. Tento termín není jen nálepka jistého druhu nepohodlných lidí, selhávajících ve svém vztahu ke skutečnosti, ale je úspěšně domluveným termínem pro označení pacientů s heterogenními syndromy a společnou základní strukturou chorobného procesu.“*⁶

*„Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání.“*⁷

Psychóza je v odborné terminologii popisována jako choroba charakteristická dezorientovaným slovním projevem a chováním, bludy, halucinacemi a poruchou reality. Představa laiků o chování takto nemocných lidí je z tohoto hlediska do určité míry pravdivá – postižený je přesvědčen o bizarnostech, proto je jeho chování divné a nepochopitelné. Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění.⁸

4 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. Liberec: 2003.

5 HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: 2003.

6 LIBIGER, J. *Schizofrenie*. Praha: 1991, s. 11

7 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: 2005, s. 14

8 SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: 2006.

2.2.2 Epidemiologie

„Jak uvádí Libiger, abychom mohli usuzovat na příčinné souvislosti vzniku nějakého onemocnění, je zapotřebí, abychom o jeho výskytu věděli co nejvíce. Znalost o tom, kdo, kdy a kde onemocní, pomůže při vytvoření hypotéz, co ke vzniku onemocnění vedlo. Takové nezbytné údaje dává epidemiologie“.⁹

Přesnou příčinu vzniku schizofrenie nelze jednoznačně určit, vzhledem k tomu, že jde o komplex poškození mozkových funkcí. Lze předpokládat, že její vznik ovlivní souhrn mnoha různých faktorů, dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností i vyvolávajících podnětů.¹⁰

„Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje kolem 1% . Incidence je stejná u obou pohlaví, tj. 2-4 případy na 10 000 ročně. U žen je pozorován benignější průběh onemocnění, onemocnění začíná později (nejčastěji mezi 25. a 35. rokem, u mužů mezi 15. a 25. rokem), ženy jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují. Za to zřejmě vděčí vlivu estrogenů na dopaminergní systém“.¹¹ Libiger vidí příčinu vyšší tolerance projevů onemocnění u žen v rozdílech nástupů sociální zátěže tedy s jejich sociálními rolemi. Je známo, že lidé trpící schizofrenií, žijící osamoceně, jsou hospitalizováni 3x častěji než ostatní muži a ženy, kteří jsou ženatí- vdané. Proto lze pozdější začátek onemocnění u žen spojovat i s časnější dobou sňatků. V celoživotní prevalenci nejsou mezi muži a ženami rozdíly.¹²

„Byla popsána variabilita v prevalenci a incidenci schizofrenie v různých geografických oblastech a různých kulturních podmínkách. Pokud však byla použita přísnější kritéria, variabilita se snížila. Ve studii Světové zdravotnické organizace byla incidence podobná napříč různými zeměmi“¹³.

9 LIBIGER, J. *Schizofrenie*. . Praha: 1991, s. 23

10 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. Liberec: 2003.

11 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : 2005, s.15

12 LIBIGER, J. *Schizofrenie*. Praha: 1991.

13 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : 2005, s.16

2.2.3 Dědičnost

Od počátku historie schizofrenie bylo zřejmé, že se jedná o onemocnění, které se v některých rodinách vyskytuje častěji. Přesto, však přibližně u 81% nemocných je možno konstatovat, že se mezi rodiči a sourozenci nevyskytl nikdo se schizofrenním onemocněním. U 60% nemocných je negativní rodinná anamnéza týkající se tohoto onemocnění.¹⁴

Pro děti s jedním rodičem trpícím schizofrenií je riziko onemocnění stejnou nemocí asi 12%. Pro další příbuzné riziko klesá ke 2%.¹⁵

Češková uvádí, že genetické studie rodin, dvojčat a studie s adoptivními jedinci ukázaly, že genetické faktory hrají u schizofrenní poruchy významnou roli. Poměr počtu nemocných u kterých se v rodině vyskytuje toto onemocnění, se výrazně liší od počtu bez tohoto onemocnění. Pro děti, jejichž rodiče trpí schizofrenií, je 10x větší riziko, že také onemocní.¹⁶

2.2.4 Etiologie a patogeneze

„U schizofrenie se předpokládá interakce rozdílných patologických mechanismů zahrnujících vnitřní a vnější (rizikové) faktory. Tyto rizikové a/nebo premorbidní faktory mohou být spojeny se zvýšenou vulnerabilitou pro schizofrenní onemocnění. Spojení mezi rizikovými faktory, diagnózou a průběhem není zcela jasné a řada otázek týkajících se diagnostické specifity a etiologického významu tohoto spojení zůstává nezodpovězena. Rizikové faktory mimo jiné zahrnují :

- *Onemocnění spojená se závažnou dysfunkcí centrální nervové soustavy (CNS)*
- *Dysfunkci CNS danou různými substancemi a genetickou predispozici (pozitivní rodinná anamnéza)*
- *Komplikace intrauterinní a při porodu (viróza, hypoxie), životní události*
- *Zevní faktory, jako např. abúzus návykových látek a vývojový stres*

Řada těchto rizikových faktorů může fungovat velmi časně (v perinatálním období) a vést k narušení vývoje mozku s následnou zvýšenou vulnerabilitou ke stresu (tj. zevní stres, toxiny, neuronální dysfunkce a poškození). Předpokládá se, že zevní faktory se připojují ke genetickým a jsou s nimi ve vzájemné interakci, což pak může vyústit v rozvoj klinicky manifestní psychotické poruchy „¹⁷.

14 LIBIGER, J. Schizofrenie. . Praha: 1991.

15 ZVOLSKÝ, P. Specilání psychiatrie Praha:LF UK. 1996.

16 LIBIGER, J. Schizofrenie. . Praha: 1991.

17 ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba. Praha : 2005, s.16

2.2.5 Rizikové faktory a prevence

Predisponující faktory - příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině a život ve velkých městech s větší hustotou obyvatelstva, stres, hluk, znečištění, kriminalita a snadný přístup k drogám jsou spojeny se zvýšeným rizikem rozvoje schizofrenie.¹⁸

Geografické vlivy, imigrace: „Vyšší incidence a prevalence se nachází u imigrantů. To je markantní hlavně u afrokaribských imigrantů do Velké Británie. Stres a potíže s adaptací v nové kultuře zřejmě působí jako precipitační faktory u vulnerabilních jedinců.“¹⁹

Ostatní vlivy - také určitý typ rodinné interakce, porodní komplikace a virová onemocnění mohou jedince predisponovat k rozvoji, propuknutí, relapsu a eventuálně k chronickému průběhu onemocnění“²⁰.

2.2.6 Příznaky

Klinický obraz onemocnění je historicky spojován se dvěma jmény- A. Kraepelina, který je oddělil od maniodepresivity, a E. Bleulera. Eugen Bleuler pod název schizofrenie zahrnul skupinu příznaků. Mezi primární příznaky patřily poruchy asociální, afektivity, ambivalence a autismus.²¹

U nemocných se setkáváme v různých fázích onemocnění s poruchami téměř všech psychických funkcí. Z hlediska terapie je vhodné rozlišovat pozitivní příznaky, negativní příznaky a kognitivní deficit.

„Pozitivní (psychotické) příznaky jsou nejčastější příčinou hospitalizace. Jsou spojovány s regionálně zvýšenou dopaminergní aktivitou. Do této kategorie řadíme halucinace (poruchy vnímání), bludy a dezorganizaci (poruchy myšlení s konsekvencemi v jednání nemocného“²².

Halucinace jsou klamné vjemy, nemají žádný externí podnět. Setkáváme se s halucinacemi sluchovými, čichovými, zrakovými a taktilními. Nejčastěji se vyskytují halucinace u nemocných s paranoidní schizofrenií, kteří slyší hlasy, jež pacientovi něco přikazují, komentují jeho chování nebo mu něco významného a tajného sdělují. Nemocný tyto hlasy obvykle slyší přicházet zvenku, vzácně vycházejí přímo z jeho nitra. Nemocný neakceptuje, že halucinace jsou pouze výplodem jeho fantazie.

18 MOTLOVÁ, L. *Schizofrenie: Neurologie, klinický obraz, terapie*, Praha: 2004

19 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : 2005, s.18

20 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : 2005, s.18

21 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : 2005.

22 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese* .Praha: 1999, s.178

Z chorobných duševních předpokladů vzniká mylné přesvědčení - blud, kterému nemocný věří. Blud vzniká na chorobném psychotickém podkladu. Má empatický vliv na chování a jednání nemocného.²³

Přítomnost halucinací a bludů bývá příčinou bizarního chování nemocného. Nemocný se tak může stát nebezpečný sám sobě nebo svému okolí.²⁴

„Negativní příznaky souvisejí s regionálně (jiná oblast než u pozitivních příznaků, část frontálního kortexu) sníženou dopaminergní aktivitou. Představují ochuzení psychiky, nejvýrazněji v emotivitě a volní složce. Zahrnují apatii, ztrátu motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Jsou zodpovědné za funkční neschopnost a špatnou kvalitu života“²⁵.

Jedním z nejdůležitějších příznaků schizofrenie je kognitivní dysfunkce. U části nemocných je přítomna již před propuknutím onemocnění. K výraznému poklesu dochází u první epizody onemocnění. Kognitivní dysfunkce spočívá v narušení poznávacích schopností, paměti, řeči a exekutivní funkce. Je narušena schopnost přijímat a zpracovávat informace a adekvátně na ně reagovat.²⁶

Afektivní příznaky jsou dalšími častými příznaky. Často bývá přítomna deprese, hlavně v iniciální fázi onemocnění. Deprese je součástí akutní psychotické ataky. Deprese v tomto případě přichází tedy bez zjevné příčiny. Jedinec najednou ztrácí zájem o svou osobu, rovněž se často projevuje i celkovou vizuální sešlostí, ztrácí zájem o veškeré okolní dění, je utlumen, ale naopak i sebemenší podnět může mít za následek prudkou agresivní reakci. Příznačné je záporné sebehodnocení, prudce snížené sebevědomí, které může vést i k vytvoření bludného přesvědčení o nepotřebnosti své osoby, na řadu přichází sebeobviňování za všechno negativní, co se stalo jemu nebo osobám v jeho okolí. Depresivní komponenta se po odeznění psychotické symptomatologie dostává více do popředí (postpsychotická deprese). Až 10% nemocných se schizofrenní poruchou spáchá suicidium.²⁷

23 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: 1999.

24 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: 1999.

25 SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: 2006. s. 184

26 SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: 2006.

27 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: 2005.

2.2.7 Emoční poruchy

„Jakékoliv organické postižení mozku bývá spojeno s odlišností emočního prožívání a reagování. Může dojít k útlumu, jehož důsledkem je emoční oploštělost a apatie, nebo ke zvýšené aktivizaci, jež se projevuje dráždivostí, labilitou či sklonem k afektivním výbuchům.“²⁸

Emoční poruchy u onemocnění z okruhu schizofrenií jsou časté od rozlad nálad, přes apatie, deprese, podrážděnost, instabilitu, nespavost až k projevům dysforie a někdy až k projevům agresivním. Tyto emoční projevy jsou významné proto, že nám dávají základní orientaci o stavu pacienta.

2.3 Diagnostika

Největším problémem, stejně jako u různých jiných psychických nemocí, je diagnostikování a následná léčba nemoci.

Aby mohla být diagnostikována schizofrenie musí se prokázat přetrvávání alespoň jednoho z níže uvedených příznaků, déle než jeden měsíc:

- ozvudčení myšlenek
- bludy kontrolovatelnosti a ovlivňování myšlenek
- slyšení hlasů, které komentují chování nemocného
- bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře

Při nepřítomnosti předchozích příznaků je třeba, aby byly přítomny dva následující:

- katatonní projevy
- nápadné změny chování – nečinnost, bezcílnost, ztráta citových vztahů
- příznaky v podobě apatie, ochuzení řeči, autismus, emoční oploštělost formální porucha myšlení²⁹

28 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999, s.94

29 SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha :1996.

2.4 Formy schizofrenie

Existuje několik typických forem schizofrenie. V průběhu nemoci se nemusí projevit jen jedna forma, symptomy nemocného mohou přecházet z jedné formy do druhé.

Paranoidní schizofrenie (F20.0)

Je nejznámější a nejčastější forma schizofrenie, charakteristická především přítomností bludů a halucinací, podezíravostí vůči okolí, vztahovačností, mohou být ale přítomny i bludy grandiózní, introvertní a mnohé další, někdy bývají pevně spojené v bludných systémech. Nejčastější halucinace u paranoidní schizofrenie jsou sluchové, pacient slyší jeden či více hlasů, které mohou něco našeptávat, radit, komentovat jednání nemocného nebo mezi sebou o něm konverzovat. Mohou se vyskytovat i halucinace zrakové, tělesné, čichové, chuťové a taktilní.³⁰

Hebefrenní schizofrenie (F 20.1) Má nejhorší prognózu vzhledem k tomu, že začíná v adolescenci, v období rozvoje osobnosti, kdy se vytváří a upevňuje nová nezávislá identita jedince. Charakteristické jsou pro ni zejména změny afektivity a emotivity a poruchy chování. Bludy a halucinace jsou prchavé nebo neúplné, často proměnlivé. Nálada je nepřiléhavá situaci, oploštělá, v chování pozorujeme bizarnost, manýrování, nepředvídatelnost, obtížně usměrnitelné neadekvátní projevy. Myšlení bývá dezorganizované, řeč inkoherentní.³¹

„Tato forma schizofrenie vypadá jako prohloubená a protrahová puberta s nápadným šaškováním a klackovitým chováním, neodpovídajícím věku. Nemocní bývají hrubí, neomalení a často i vulgární“³².

Katatonní schizofrenie (F20.2) Nejvýraznějším projevem jsou poruchy chování, projevuje se nejvíce nápadnostmi v oblasti motorické aktivity, objevují se psychomotorické poruchy, stupor. Stupor je mnohdy doprovázen negativizmem, mutizmem, povelovým automatizmem. Stuporózní forma je charakteristická omezením pohybů až ztuhnutím, je to celkové zpomalení nebo útlum veškeré motorické aktivity.³³

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) Tato forma splňuje diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale příznaky neodpovídají žádnému z výše uvedených typů. Současně nejsou

30 HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: 2003.

31 HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: 2003.

32 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999, s.178

33 HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: 2003.

splněna kritéria pro postschizofenní depresi nebo reziduální schizofrenii.³⁴ Dle Českové „zahrnuje symptomatologie více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí“³⁵.

Simplexní schizofrenie (F 20.6) Pro tento typ schizofrenního onemocnění je charakteristický časný a plíživý vznik, ze začátku nenápadný. Může se jevit jako porucha osobnosti s leností a sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní začínají být apatičtí, uzavírají se do sebe, někdy dokáží i hodiny sedět bez jakékoli činnosti. Bývají autističtí a izolují se od společnosti. Jsou nápadní svou neschopností zvládat i běžné požadavky, přestávají o sebe dbát a postupně upadají. Jejich myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. Tato forma je typická výraznější psychosociální deteriorací³⁶.

Reziduální schizofrenie (F 20.5)

„Reziduální schizofrenie prezentuje chronický stav přetrvávající po odeznění a dezaktualizaci akutních příznaků schizofrenní ataky. Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí“³⁷

Dětské schizofrenie

Pro osobnost nemocného je psychotické onemocnění větší zátěží v dětství, než onemocnění získané v dospělosti. Psychotická onemocnění narušují celý vývoj dítěte a brání mu získat zkušenosti, které podmiňují psychický rozvoj v určitých vývojových fázích. Zasahují do nezralé, nerozvinuté dětské osobnosti a vedou k velmi těžkým změnám. Čím dříve schizofrenie začne, tím má také horší prognózu³⁸.

Schizofrenie, která se projeví do věku deseti let dítěte, je označována dětskou schizofrenií. I pro tuto variantu schizofrenie platí obdobná diagnostická kritéria jako pro schizofrenii u dospělých jedinců.³⁹

2.5 Průběh onemocnění

Určité příznaky se mohou vyskytovat prodromálně, tj. před vypuknutím choroby. V tomto období bývá nápadné zhoršení výkonu např. ve studiu, v zaměstnání, v péči o sama sebe apod. Takový člověk pak může být citově otupělý, nadměrně dráždivý nebo i jinak nápadný.

34 HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: 2003.

35 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: 2005, s.22

36 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. Liberec: 2003.

37 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: 2005, s.22

38 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999.

39 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999.

„Počátek onemocnění může být náhlý nebo plíživý“. Nemocný má pocit, že se děje něco divného, ohrožujícího, co si nedovede vysvětlit. Takový člověk je neklidný, úzkostný a nejistý.

V další fázi onemocnění nastává období, kdy má nemocný pocit, že pochopil situaci. Ovšem jeho vysvětlení neodpovídá skutečnosti, tak vzniká blud, který zdánlivě vše logicky vysvětluje. „*Pod vlivem nemoci dochází k proměně subjektivního chápání smyslu, věcí, událostí a vůbec všeho*“.

Průběh onemocnění i projevy jsou proměnlivé. U onemocnění, které má náhlý a bouřlivý počátek, bývá lepší prognóza než u schizofrenie, která začíná pomalu a plíživě. U 60% nemocných se onemocnění vrací a pouze u 20% dochází pouze k jedné epizodě schizofrenie. Po každém novém zhoršení dojde k dalšímu úbytku adaptačních schopností nemocného.⁴⁰

2.5.1 Fáze léčby

V léčbě má svůj velký význam medikace. Bez pomoci léků je léčba téměř nemožná.

a) akutní léčba

Nezbytnou podmínkou je podávání antipsychotika po adekvátní dobu v adekvátní dávce. V této fázi je většinou nutná hospitalizace.

b) fáze stabilní

Farmakoterapie: dlouhodobá, udržovací léčba minimálními účinnými dávkami s cílem prevence relapsu. Snažíme se dosáhnout zlepšení kvality života nemocného.

Psychosociální intervence: je cílená na rodinu. Je potřeba vysvětlit rodinným příslušníkům nutnost pravidelného užívání léků. Nemocného se snažíme pracovní zapojit a nacvičovat s ním dovednosti. Z psychoterapeutických přístupů je vhodná kognitivně behaviorální psychoterapie a kognitivní rehabilitace.⁴¹

40 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999.

41 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : 2005.

2.6 Pracovní schopnost

*„Schizofrenie postihuje řadu psychických funkcí, okrádá postiženého jedince o mnoho základních věcí, které jsou podstatné v každodenním životě“.*⁴²

Nemocní mají omezenou možnost nalézt pracovní uplatnění vzhledem k nestabilitě způsobené schizofrenií. Často mají problémy s druhými lidmi na pracovišti. Není vzácným jevem, že zaměstnavatel, který zjistí pravou diagnózu, dá přednost jinému uchazeči o pracovní místo. Přes veškeré snahy o návrat do pracovního procesu bývá jediným řešením a jistotou nemocného invalidní důchod.⁴³

Řada lidí s duševní onemocněním zůstává ve svém původním zaměstnání, většinou je však potřeba určitá úprava pracovního režimu a prostředí. Stres a zátěžové faktory, které se mohou samozřejmě vyskytnout v zaměstnání, často nemocným znesnadňují práci a mohou způsobit zhoršení průběhu nemoci. Je užitečné se poradit s odborníky o úpravě nebo změně zaměstnání.⁴⁴

2.7 Terapie

Terapie je celek a její rozdělení je pouze teoretické schéma. *„Nejúčinnější je vždy komplexní multidisciplinární přístup realizovaný spoluprací klienta s odborným týmem.“*⁴⁵

Nemocní si většinou nejsou schopni zorganizovat svůj denní režim a program. Mají tendenci se izolovat. Nic nedělat, nedbají sami o sebe. Potřebují ochranu před stresem a přetěžováním.⁴⁶

Velmi důležitá je volba terapeutického prostředí, která záleží také na sociální situaci nemocného, terapeutických možnostech, podpoře ze strany okolí a míře spolupráce nemocného.

Cílem psychosociální intervence je posílení a podpora normální, zdravé individuality klienta a posílení jeho sociálních rolí. Základní intervencí je individuální vedení pracovní rehabilitace, rodinné intervence, zvládání příznaků nemoci a kognitivní rehabilitace. Snaží se klienta vytrhnout ze skutečnosti a vytvořit část náplně všedního dne.

⁴² ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : 2005, s. 25

⁴³ MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: 2005.

⁴⁴ KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: 2001.

⁴⁵ MAHROVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : 2008, s. 92

⁴⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999.

Cílem psychosociálních intervencí při léčbě psychóz je posílit funkce interpersonálních a sociálních rolí, prosazovat nezávislost nemocných a jejich postavení v komunitě. Mezi základní, nejznámější přístupy patří individuální vedení pracovní rehabilitace, rodinné intervence, nácvik dovedností a samostatné zvládání příznaků onemocnění, kognitivní rehabilitace, léčba přidružených zdravotních problémů. „Při sestavování plánu psychosociální intervence je nezbytná účast pacienta, rodiny a ostatních, kdo pečují o nemocného.“⁴⁷

Farmakoterapie – „v současné době máme k dispozici celou řadu farmak, která se liší mechanismem účinku i profilem vedlejších nežádoucích účinků. Vedle klasických antipsychotik se zejména v posledních letech objevila celá řada nových antipsychotik, pro která se ujal termín atypická antipsychotika nebo antipsychotika 2. generace. Při volbě antipsychotika je pro nás prioritou, aby se pacientovi dostalo nejlepší možné léčby, aby lék přinesl co nejrychleji úlevu, nemocného nestigmatizoval a aby mohl být snadno podán a tak byla zajištěna spolupráce ze strany nemocného při jeho užívání.“⁴⁸

Režimová terapie – tato terapie zdůrazňuje nutnost uspořádání, které nabízí jistotu a bezpečí. Tato terapie představuje organizaci zdravého prostředí a vymezený denní program se systémem pravidel. Klient má možnost se pohybovat v pevně stanovených hranicích a učí se je dodržovat. V tomto denním režimu se obnovují návyky nemocného. Režimová terapie je součástí terapie postavené na základech teorie sociálního učení.⁴⁹

2.8 Sociální důsledky schizofrenie

Pro skupiny lidí s postižením se často používá zobecňující nálepka – „retardovaný“, „neslyšící“, „blázní.“ Tím se lidé rozdělí do skupin, které potvrzují staré předsudky. Zkusme mluvit o lidech s mentálním postižením a o lidech kteří jsou neslyšící apd. Na prvním místě jsou přece lidé, ne jejich postižení.

Schizofrenie je ze sociálního hlediska onemocněním, které vede ke stigmatizaci lidí s touto diagnosou⁵⁰.

Definice stigmatu: „pro stigma je charakteristický současný výskyt nálepky, stereotypu, separace, ztráty postavení a diskriminace, přičemž kuplatnění stigmatizace musí být

47 HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: 2003, s. 49

48 HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: 2003, s. 49

49 MAHROVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : 2008.

50 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. Liberec: 2003.

k dispozici moc. Nálepka spojuje jedince s nepříjemnými charakteristikami, které formují stereotyp. Pro řadu lidí je nálepka psychiatrický pacient spjata se stereotypní představou o nebezpečnosti, což vede k touze distancovat se od duševně nemocných“⁵¹.

Chování lidí se schizofrenií je ve většině případů podivné. Komunikace s takovými lidmi je obtížná a často neefektivní. Je velice těžké je pochopit a vcítit se do nich. Člověk, který neví nic o vzniku této nemoci, si pak vesměs vysvětluje jejich chování iracionálním způsobem. Tím dochází ke vzniku stigmatizace a odmítavého postoje k takto nemocným lidem⁵².

Také pro rodinu představuje schizofrenie velkou zátěž. Rodina, která má být klidným zázemím pro každého jejího člena, tak tuto funkci ztrácí. Nemocný v rodině působí rušivě. Jeho chování je někdy vůči ostatním členům terorizující. Nemocný člověk dává běžným situacím jiný význam, který je z pohledu zdravého člověka nesmyslný.

Schizofrenie značně ztěžuje nemocnému člověku plnit funkci rodiče a partnera, vzhledem k tomu, že klade na člověka větší nároky, zodpovědnost a spoustu povinností.

Sociální návyky dlouhodobě hospitalizovaného člověka v psychiatrické léčebně jsou značně redukovány. Jeho návrat do zaměstnání může být dosti obtížný. Pracovní výkon bývá omezený a ovlivněný ztrátou pracovních návyků. Je třeba uvážit, zda je nemocný člověk schopný zvládnout takovou pracovní zátěž a zda je schopen svou profesi vykonávat i nadále. V opačném případě je třeba zkusit jinou a méně náročnou činnost.

2.9 Předsudky

O psychických chorobách existuje celá řada pověr. Postupem času a lepší informovaností veřejnosti se daří některé omyly uvádět na pravou míru. V dnešní době si již jen nepatrná menšina lidí myslí, že schizofrenie je důsledkem špatné výchovy a slabosti jedince. Většina již považuje schizofrenii za onemocnění mozku.⁵³

51 MOTLOVÁ, L. *Schizofrenie: Neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: 2004 s. 340

52 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. Liberec: 2003.

53 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: 2005.

2.9.1 Strach z nepředvídatelného chování

Lidé často vyslovují obavy z neobvyklosti a nepředvídatelnosti chování nemocných s diagnosou schizofrenie. Znepokojující jsou pro laika také častější projevy agresivního chování. Vzhledem k tomu, že agresivní chování psychotických jedinců je bizarní, stává se předmětem velkého zájmu okolí. Je zajímavé, že obdobné projevy jedinců závislých na návykových látkách jsou běžné a nikoho neudivují.⁵⁴

2.10 Rodina

Rodina je malá, primární společenská skupina. Mezi jejími členy jde o vzájemnost potřeb a jejich uspokojování. Rodina je něco, s čím má naprostá většina z nás svou vlastní zkušenost. Je pro nás samozřejmostí, někdy i problémem. Je to domov, jistota, bezpečí. Jsou to lidé, kteří k nám patří a k nimž patříme my. Neseme podobu našich předků, neseme i jejich psychické rysy. Rodina je chápána jako základ společnosti, jako základní skupina, ve které probíhá socializace jedince, formuje se jeho osobnost a hodnotová sféra, rozvíjejí se emoce, vůle, schopnosti, dovednosti a návyky. Správně fungující harmonická rodina je základem zdravého psychického vývoje dítěte a člověka.⁵⁵

Rodina má řadu funkcí:

- *Funkce hmotného rámce - obživa a výchova dětí i dospělých, zajištění jejich bezpečí ve smyslu uspokojení základních biologických potřeb.*
- *Funkce sociální ochrany členů rodiny – rodina propůjčuje svým členům určitý sociální status, poskytuje jim sociální zázemí a oporu, reguluje příbuzenské vztahy.*
- *Rodina je rozhodujícím činitelem v socializaci jednotlivce⁵⁶*

Rodina svým členům poskytuje pocit, že někam patří, že jsou přijímáni, ať se stane cokoli, má funkci rekreační a zájmovou (odpočinek po práci, dovolená, společné výlety, provozování zájmů a koníčků), přispívá k utváření životní perspektivy (pomáhá dětem hledat vlastní cestu, kterou se dají v dospělosti, pomáhá jim utvářet si názory na svět a životní hodnoty, orientovat se při výběru povolání při volbě životního partnera).⁵⁷

54 ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha : 2005.

55 DUDÁK, V. *Občanská nauka*. Praha 2005.

56 SOCHŮREK *vybrané kap. ze soc. patologie s.37*

57 DUDÁK, V. *Občanská nauka*. Praha 2005.

Rodina je základem staletými utváření lidské společnosti, potažmo i každého státu (politicky organizovaného lidského společenství, více či méně fungujícího na bázi konsensu a solidarity). Pokud jsou její společensky žádoucí funkce ohroženy nebo jsou rodinnou neplněny, je povinností státu tuto rodinu podpořit nebo hledat alternativní řešení preferující prospěch nezletilých členů takové rodiny. Z hlediska funkčnosti lze rodiny členit:

- *Funkční rodina – je soudržná a poskytuje potřebné zázemí, formativní vzory i pocit jistoty a bezpečí; v takové rodině dochází k úspěšnému řešení problémů, existuje příznivé emocionální klima a dochází ke stálému vyrovnání vztahů uvnitř rodiny v souladu s životním cyklem a potřebami jejích členů.*
- *Problémová rodina – není sice zcela bezporuchová, ale pokud se objeví méně závažné problémy, poradí si sami, popřípadě potřebují asistenci (podporu, mediaci) sociálního pracovníka nebo rodinného terapeuta; taková rodina reflektuje své problémy a snaží se kooperovat na jejich řešení.*
- *Dysfunkční rodina – neplní některé ze svých základních a společností očekávaných funkcí. Často se jedná o výchovné i „hmotné“ zanedbávání ze strany rodičů. Rodiče neprojevují o své děti dostatečný zájem, mohou je učit nežádoucím normám, rolím a hodnotám. Děti trpí nevyhraněností či nedůsledností výchovného vedení. Tyto rodiny bývají na velmi nízké sociokulturní úrovni.*
- *Na hranici mezi rodinami problémovými a rodinami dysfunkčními lze nalézt i rodiny, které nelze jednoznačně přiřadit k uvedeným charakteristikám. Jsou to rodiny, které sice neposkytují dětem odpovídající péči a zázemí, nikoli však proto, že nechtějí nebo nemohou, ale proto, že to neumějí. Pomoc těmto rodinám spočívá především v podpůrném vedení, poradenské asistenci při výchově dětí, modelování a nácviku zvládnutí běžných či očekávatelných situací a využití principů sociálního učení, jehož cílem je osvojení si adekvátních sociálních rolí, postojů, způsobů chování a jednání.⁵⁸*

Existují rodiny více či méně spokojené, radostné, ale i lhostejné, hádající se, jsou rodiny klidné i uspěchané, rodiny stabilní i takové, které se rozpadají, rozvádějí. Neexistuje dokonalý recept na zdravě fungující rodinu. V každé rodině existují osobité způsoby komunikace či

58 NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce*. Liberec: 2004, s. 62

zvládání vzniklých konfliktů a podobně. Žádná rodina není dokonalá, v každé se vyskytnou problémy; důležité je, aby byly řešeny a ne popřeny či „shozeny pod stůl“. ⁵⁹

Rodiny pečující o člověka s psychickým onemocněním se ocitají v obdobné situaci jako rodiny pečující o seniora nebo o dítě s postižením. Jejich život je v mnoha ohledech omezen.

Tyto rodiny mají často pocit, že jsou ekonomicky a sociálně diskriminované oproti běžným rodinám. ⁶⁰

Schizofrenie představuje pro rodinu značnou zátěž. Domov ztrácí funkci klidu, protože duševně nemocný člověk tento klid narušuje. Svým chováním obtěžuje okolí. Nemocný dává běžným situacím jiný význam. Z pohledu zdravého člověka je výklad situace nesprávný a nesmyslný. Chování člověka se schizofrenií ve většině případů terorizuje život ostatních členů rodiny. Pokud takto nemocný člověk není medikovaný, soužití v rodině bývá téměř nemožné. Život takové rodiny se značně změní. Většina lidí si od nemocného člověka vytvoří odstup, nedokáže akceptovat projevy jeho nemoci. *„Duševně zdravý člověk nechce být vtažen do nesmyslů, které produkuje nemocný schizofrenií“*. Problém může nastat pokud je v rodině člověk se schizofrenií dítě. To vzhledem ke své emoční a rozumové nezralosti nemůže mít k projevům takto nemocného člověka potřebný odstup. Přítomnost nemocného člověka v blízkosti dítěte působí jako silný stresový faktor. ⁶¹

2.11 Návyk

„Vztah mezi zneužíváním látek a schizofrenií je komplexní. Mnoho návykových drog jako jsou ketaminy, amfetaminy, kokain a LSD mohou navodit akutní psychózu. Zneužívání psychoaktivních látek předchází a následuje propuknutí psychotických symptomů.

Pacienti často zneužívají návykové látky za cílem odstranit nežádoucí účinky medikace. Mezi nejčastěji zneužívané látky patří nikotin. Frekvence užívání se pohybuje 70-90%. Další rizikovou látkou je alkohol, kde je abúzus třikrát častější než u osob bez psychiatrické diagnózy.

Užívání návykových látek jako jsou marihuana, amfetaminy, kokain a halucinogeny je častější u jedinců se schizofrenií než v běžné populaci“ ⁶².

⁵⁹ DUDÁK, V. *Občanská nauka*. Praha 2005.

⁶⁰ NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce*. Liberec: 2004.

⁶¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999.

⁶² MOTLOVÁ, L. *Schizofrenie: Neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: 2004, s. 342

„Pojem návyku se chápe různě a v různě širokém rozmezí. Někteří zařazují pod tento pojem všechny typy návyků, jiní naopak jen návyk na chemické látky“⁶³.

Dle Vágnerové mnohé lidské činnosti jsou považovány za běžné nebo dokonce sociálně žádoucí, avšak pouze tehdy, pokud je člověk koná v očekávané míře. Pokud se vymknou kontrole, mohou se změnit v patologickou variantu. V tomto případě nejde tolik o obsah činnosti jako o její přiměřenost a schopnost ji přijatelným způsobem ovládat.

V širším slova smyslu je možno hovořit o návyku v několika souvislostech :

1. vášně

(hráčství, sběratelství apod.), které nevedou ke vzniku nějaké psychické poruchy

2. náruživé kouření, kde se již jako následek mohou objevovat určité projevy psychické alternace

3. alkoholismus, který s sebou přináší významné psychické projevy

4. závislosti v širším slova smyslu, které bychom mohli ještě rozdělit na závislosti na psychofarmakách a závislosti na ostatních látkách.⁶⁴

2.11.1 Náruživé kouření

„Při kouření tabáku se vytváří závislost na alkaloidech, které tato rostlina obsahuje. Z nich největší význam má nikotin. Měla by být proto i tato forma návyku zařazena do skupiny závislosti na drogách, vykazuje však i určité odlišnosti. Kouření tabáku je v naší populaci velmi rozšířeno nejen u dospělých, ale i u mladistvých a často i u dětí. Jsou různé názory na to, kolik cigaret může kuřák vykouřit, aniž se u něho může mluvit o náruživém kouření. Všeobecně se udává hranice 20 cigaret.“⁶⁵

Nejčastější formou užívání omamných látek u lidí se schizofrenií, je nikotinová závislost způsobená kouřením. Počet kuřáků mezi schizofreniky je vyšší než u celkové populace.

63 JANDÍK, A., DUŠEK, K. *Diagnostika duševních poruch*, Praha:1987, s. 314

64 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999.

65 JANDÍK, A., DUŠEK, K. *Diagnostika duševních poruch*, Praha:1987, s. 314

2.11.2 Alkoholismus

*„Je to jedna z nejzávažnějších a nejrozšířenějších forem návyků, především pro snadnou dostupnost alkoholu“.*⁶⁶

Někteří lidé vidí v alkoholismu určitou formu psychopatie, jiní zase samotnou duševní nemoc nebo scestný návyk. Ovšem celkový postoj k alkoholismu je jednotný – ničí člověka zdravotně, duševně ho ochuzuje a je společensky degradující.⁶⁷

Alkohol je droga společenská, lidé ho nejčastěji konzumují ve skupině. Pití alkoholických nápojů má velmi dlouhou tradici a společnost je k jeho užívání poměrně tolerantní. Většinou se tento postoj mění pouze při nadměrné konzumaci nebo vzniku závislosti. Alkohol obvykle uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a dodává sebejistotu.

Riziko vzniku závislosti na konzumaci alkoholických nápojů je dáno genetickou dispozicí a faktorem učení. Člověk, jemuž alkohol díky jeho metabolické dispozici přináší zvlášť příjemné pocity a nemá nepříjemné následky, si vytváří závislost snadněji. Dalším rizikovým faktorem může být impulzivita, nezdrženlivost a neschopnost přeměřeného sebeovládání.

K užívání alkoholu může být člověk motivován partou nebo nápodobou rodičovského modelu.⁶⁸

*„Vývoj závislosti na alkoholu lze rozdělit do několika fází: fáze občasné konzumace, fáze varovná, fáze kritická, kdy člověk ztrácí kontrolu nad svým pitím, a fáze terminální, kdy se objevují psychické i somatické poruchy. Závislost na alkoholu přetrvává i tehdy, když takový člověk abstinuje. Nadměrná konzumace alkoholu mění emoční prožívání, narušuje uvažování, alkoholik obvykle ztrácí náhled na situaci, může dojít dokonce i k alkoholové demenci. Ubývá schopnost sebeovládání a dochází k celkovému úpadku osobnosti. Alkoholismus devastuje celou rodinu, trpí jím partner i děti. Léčba a trvalá abstinence je jediným pozitivním řešením dané situace“.*⁶⁹

2.11.3 Bezdomovectví

Bezdomovec je osoba bez trvalého bydliště nebo osoba, která trvalé bydliště oficiálně má, ale nemůže nebo jej nechce užívat. Většinou nemá rodinu ani zaměstnání. Jeho sociální vztahy jsou narušené nebo úplně ztratily svou funkci. Dostává se na okraj společnosti.

66 JANDÍK, A., DUŠEK, K. *Diagnostika duševních poruch*, Praha:1987, s. 316

67 MATĚJÍČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*, Praha: 1986

68 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999.

69 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. Liberec: 2003, s. 57

„Bezdomovectví je výsledkem generalizovaného psychosociálního selhání, spojeného se ztrátou komplexu běžných rolí. Takovým způsobem bývají obvykle postiženi lidé s dysfunkční osobností, s nedostatečnými kompetencemi a s negativními návyky „⁷⁰.

Lidi bez přístřeší, bydliště či domova bylo již v roce 1998 v ČR přes sto tisíc.

Člověk, který nemá kde přespát a nemá základní podmínky pro udržování hygieny, přípravu stravy a nemá důstojné, bezpečné zázemí, se dostává do situace, kterou je nutno považovat za krizovou⁷¹.

Závěrem teoretické části této práce je možné konstatovat, že schizofrenní onemocnění je jedním z nejzávažnějších onemocnění, kdy postižení lidé touto chorobou, nejsou ve většině případů schopni žít samostatným životem. Rodina poskytuje péči nemocnému schizofrenií mnohdy až na samý pokraj svého vyčerpání. Schizofrenici velmi často nerespektují medikamentózní léčbu. To je příčinou jejich dramatického zhoršení stavu a mnohdy ohrožují svůj život nebo život lidí ve své okolí.

⁷⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999, s. 411

⁷¹ NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce*. Liberec: 2004

1 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je zjistit, proč jsou lidé s diagnosou schizofrenie umisťováni do zařízení sociální péče. Jaký je hlavní důvod jejich umístění do zařízení.

3.1.1 Stanovené předpoklady

Hlavní předpoklad práce zněl: Lze předpokládat, že více jak polovina uživatelů sociálních služeb je do zařízení umístěna vzhledem k náročné péči o jejich osobu, kterou jejich rodina nezvládla.

Tedy hlavní předpoklad práce poukazuje na životní okolnost, která se u schizofrenie vyskytuje vždy v menší či větší míře - je to nesamostatnost, která vyplývá z nezakotvenosti, klienta v realitě, díky jeho psychické poruše. Tato nesamostatnost jde tak daleko, že schizofrenní pacient a klient, není mnohdy schopen hájit svá základní práva a mnohdy je u něj porušen pud sebezáchovy.

Vzniká otázka : Je hlavním měřítkem pro samostatnost jedince se schizofrenií akceptace léčby?

Byly stanoveny proto pomocné předpoklady, poukazující na míru nesamostatnosti lidí se schizofrenním onemocněním.

Pomocné předpoklady

Pomocné předpoklady se týkají vyšetřovaného vzorku 100 klientů, jedná se o aspekty nesamostatnosti a závislosti těchto nemocných, v důsledku schizofrenní poruchy.

I přes akceptaci léčby, není klient často samostatný, jako lidé běžné populace.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, nemají schopnost samostatně hospodařit se svými finančními prostředky, a to nejméně na hladině 60 %.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, nezvládají péči o vlastní hygienu, a to nejméně na hladině 50 %.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, nemají schopnost bez dopomoci pravidelně užívat medikamentózní léčbu a to nejméně na hladině 60 %.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, nezakládají vlastní rodinu, a to nejméně na hladině 70 %.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, jsou závislí na cigaretách a kávě, a to nejméně na hladině 50 %.

3.2 Metody výzkumu

Praktická část práce je koncipována tak, že se autorka soustředila na vzorek 100 klientů, který je šetřen analýzou a syntézou spisové dokumentace. Získaná data jsou sumarizována v kategoriích, které autorka práce stanovila. Z tohoto vzorku bylo vybráno 10 respondentů, kteří jsou přiblíženi v kazuistických studiích. Obsah kazuistik byl vytěžen jednak z analýzy spisové dokumentace a jednak pozorováním a rozhovorem.

Chování lidí se schizofrenií je natolik bizarní, že výše uvedené metody, práce se spisovou dokumentací a případová studie, byly pro upřesnění doplněny fotografiemi a produkty lidské činnosti.

3.2.1 Práce se spisovou dokumentací

Jedna z použitých technik je analýza spisové dokumentace. Jde o metodu, která je nedílnou součástí jiných metod, zejména anamnézy. Pomocí ní lze získat obvykle údaje s poměrně vysokou mírou objektivity. Jedná se o studium dokumentace např. lékařské, psychiatrické, neurologické, psychologické a sociální. Dokumentace poskytuje obvykle objektivní údaje o jedinci, včetně tzv. tvrdých dat.

3.2.2 Pozorování

Jako další použitou metodu zvolila autorka pozorování klienta při rozhovoru. Rozhovor je základní nejčastěji používanou metodou, pomocí níž se dovídáme o přirozeném průběhu života klientů a jejich psychických projevů bez umělého zásahu do jeho vzniku, průběhu a výsledku. Může být použito jako samostatná metoda nebo v kombinaci s jinými metodami.

V této práci byla metoda pozorování prováděna současně s rozhovorem.

3.2.3 Kazuistika

Neboli **případová studie** může být získána kombinací několika metod. Je vhodná k popisu a snadnějšímu pochopení jednotlivého případu.⁷²

*„Případová práce se zabývá řešením takových problémů, které klienta spoutávají a omezují optimální využívání jeho vnitřních i vnějších možností. Některé problémy vyplývají z prostředí. Další jsou mezilidské, zejména rodinné, ty tvoří hlavní oblast případové práce. Další skupinou problémů jsou problémy vnitřní, intrapsychické“.*⁷³

Proto, aby čtenář dobře zhodnotil výzkum z tabulky (v příloze), která se bude týká 100 klientů, předeseílám jednotlivé příběhy těchto lidí, aby si čtenář uměl dobře představit, jakou mají podobu praktické životní situace lidí. Do jaké míry nejsou samostatní a co hrozí, pokud by byli ponecháni bez sociální péče. Mnohdy by byli nebezpeční jak sobě tak druhým lidem.

3.2.4 Rozhovor

Rozhovor je dorozumívání dvou nebo více osob, sdělování a sdílení pocitů, názorů, zkušeností nebo nadějí. Jde o to, aby komunikující lidé jeden druhého pochopili, přijali, podepřeli nebo si navzájem poskytli zpětnou vazbu, radu nebo inspiraci. Rozhovorem myslíme dialog, tedy dorozumívání pomocí slov, které vede k formulování a odkrývání pravého stavu věcí, či dokonce pravdy.⁷⁴

72 PEŠATOVÁ, I., ŠVINGALOVÁ, D. Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky. Liberec: 2005.

73 MATOUŠEK, O. a kol., Metody a řízení sociální práce. Praha: 2003, s. 69

74 PEŠATOVÁ, I., ŠVINGALOVÁ, D. Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky. Liberec: 2005.

*„Kladem rozhovoru je bezprostřední styk tazatele a tázaného. Hodnota rozhovoru závisí na dovedenostech a zkušenostech tazatele, na situačním prostředí a i na introspektivní schopnosti subjektu vnímat sebe sama, správně své projevy interpretovat a na ochotě vypovídat“.*⁷⁵

3.3 Charakteristika prostředí výzkumu

Výzkumným prostředím je zařízení poskytující sociální péči osobám s chronickým duševním onemocněním jako je schizofrenie. Osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, závislosti na návykových látkách, osoby se stařeckou, Alzheimerovu a ostatními typy demencí a osobám se schizofrenní poruchou. Tedy osobám jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Výhodou zařízení je, že umožňuje bydlení, stravování, zprostředkování lékařské péče, rehabilitaci, sociální služby, individuální péči, aktivní využití volného času i pro partnerské dvojice.

Domov se nachází v nejstarší budově ve městě Terezín a byla postavena v letech 1780-1781. Hlavní město Praha zde v roce 1954 zřídilo domov důchodců. V devadesátých letech s nástupem nového vedení domova byla zahájena rekonstrukce celého objektu. Modernizací prošly pokoje, které byly přebudovány na jednolůžkové, dvoulůžkové a třílůžkové. Byl vybudován stravovací úsek včetně nové kuchyně, jídelny, prádelny, kotelny a dílny pro různé činnosti jako například keramická dílna, truhlářská dílna, aranžérská dílna, místnost pro muzikoterapii, tělocvična a knihovna.

Zdravotní péče v minulosti byla na prvním místě. V současné době je zajišťována formou zvláštní ambulantní péče na náklady zdravotního pojištění. Komplexní ošetrovatelskou a obslužnou péči zajišťují všeobecné sestry a pracovníci sociální péče na základě monitorování a vyhodnocení potřeb klientů. Do zařízení dochází interní lékař, psychiatr, psycholog, kožní lékař, rehabilitační lékař a zubní lékař.

Sociální péči zajišťují tři sociální pracovníce, které klientům pomáhají při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, při uplatňování práv, hájí oprávněné zájmy klientů a pomáhají při obstarávání osobních záležitostí.

Klienti podle svých schopností chodí na samostatné nákupy do obchodů. Účastní se akcí pořádaných městem a na řadě z nich sami vystupují. Velice dobrá je spolupráce s Městským

⁷⁵ NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce*. Liberec: 2004

úřadem a základní školou zejména při pořádání kulturních a společenských akcí. Studenti Střední pedagogické školy v Litoměřicích dochází do zařízení na praxi. Cílem zařízení je, aby klienty přiblížilo co nejvíce k běžnému způsobu života. Důraz je kladen na zachování důstojnosti a možnosti rozhodovat o sobě v souladu se standardy kvality služeb.

3.3.1 Výzkumný soubor

Metoda výběru vzorku klientů byla podřízena cílům výzkumu. Soubor výzkumného vzorku tvořili klienti zařízení sociální péče s diagnosou schizofrenie. Účelový výběr vzorku představuje takový postup, kdy cíleně vyhledáváme respondenty dle jejich určitých vlastností. Vyhledáváme tedy jedince, kteří splňují požadované kritérium a souhlasí se zapojením do výzkumu.⁷⁶

Tento postup je možný a Miovský tento postup nazývá účelový výzkum.

3.4 Získaná data

Získaná data se vztahují ke zkoumanému vzorku 100 schizofrenních klientů v Domově se zvláštním režimem, která jsou sumarizována v tabulce č. přílohy ...Kazuistiky představují podrobně život 10 osob z těchto zkoumaných schizofrenních klientů.

3.4.1 Kazuistiky

Kazuistika č. 1 – Vladimír

Diagnosa: paranoidní schizofrenie

Z osobní anamnézy: pan Vladimír se narodil v roce 1945, národnost česká, státní příslušnost ČR.

Narodil se z prvního těhotenství. Porod a poporodní vývoj byl v normě. Prošel dětskou infekční nemocí bez komplikací. Opakovaně bronchitidy, později CHOPN. Z operací TE. Je alergický na pyly.

Absolvoval osm tříd základní školy. Následně studoval grafickou školu. Nikdy neměl problémy s učením ani s chováním ve škole. Vyrůstal v dobrém rodinném prostředí.

⁷⁶ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: 2006.

Později pracoval jako fotograf.

Z dokumentace je patrné, že pan Vladimír je psychiatricky léčen od roku 1962. Několikrát byl hospitalizován v psychiatrické léčebně. První psychiatrická hospitalizace byla v roce 1980. Dvakrát mu byla soudně nařízena ústavní ochranná léčba, která byla později změněna na ambulantní. V roce 1980 byl zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Byl dvakrát ženatý. Má dva syny.

Z rodinné anamnézy: Oba rodiče zdraví. Z dokumentace nebylo možné zjistit, zda byl někdo z rodiny léčen na psychiatrii. Otec zemřel stářím ve věku 85 let. Matka zemřela ve věku 77 let na carcinom střev. Oba vystudovali střední školu.

Je možné přiblížit pravděpodobný osobnostní profil tohoto klienta nastíněním některých jeho životních událostí :

Z dokumentace vyplývá, že pan Vladimír byl od roku 1962 léčen ambulantně psychiatricky. Později byl několikrát hospitalizován. K první hospitalizaci do psychiatrické léčebny došlo v roce 1980 a trvala do roku 1982. Pan Vladimír vyrobil explozivní balíček. Vypověděl, že mu za ženou začal chodit bývalý spolužák pan S. Oznámil na VB, že ho pan S. ohrožoval střelnou zbraní a proto vyrobil explozivní balíček, kterým ho chtěl vystrašit.

Během pobytu v léčebně se stav pana Vladimíra upravil, agresivita i paranoia ustoupila. Byl předán do ambulantní péče.

V roce 1985 dostal pozvánku k psychiatrické kontrole. Měl obavy, že bude poslán do léčebny a bude tam muset trávit své narozeniny. Chtěl odjet za matkou na chatu, ale při čekání na vlak dostal strach a odešel na Bolivijské vyslanectví a žádal tam o azyl. Po tomto incidentu byl hospitalizován v psychiatrické léčebně, kde pobyl asi jeden měsíc a z léčebny utekl. Odjel za rodiči na chalupu. Těm sdělil, že byl z léčebny propuštěn.

Následovaly další hospitalizace a další útky.

V roce 1999 byl pan Vladimír propuštěn do ochranné ambulantní psychiatrické léčby. K ošetřujícímu psychiatrovi k němuž měl docházet k ambulantní léčbě však přestal chodit a zůstával bez jakékoliv léčby.

V prosinci tohoto roku byl odborem soc. péče podán návrh na přezkoumání způsobilosti k právním úkonům pana Vladimíra.

Za tímto účelem byl určen odborník z oboru psychiatrie ke zpracování znaleckého posudku. Ten v dokumentaci uvádí : *„pokusil jsem se opakovaně navštívit pana K v jeho bytě, což se mi nepodařilo, protože na moje klepání na vchodové dveře do bytu a hlasité volání vůbec*

nereagoval, ač jsem k tomu zvolil různou denní dobu. Nezbylo mi tudíž, než jej písemně vyzvat, aby se dostavil osobně na mnou stanovené pracoviště a za účelem, ambulantního vyšetření.

Pozval jsem jej dvěma doporučenými dopisy, zaslánými na adresu jeho bydliště. Prvý z těchto dopisů se mi vrátil jako na poště nevyzvednutý a tudíž doporučený zpět. Druhý z těchto dopisů se mi nevrátil a lze tudíž předpokládat, že byl posuzovanému doručen a jím převzat, takže se mohl seznámit s jeho obsahem, na který však opět nijak nereagoval.

Znovu jsem se opakovaně pokoušel sejít se sním a vyšetřit jej v jeho bytě, avšak bezúspěšně.

Při jednom z pokusů zastihnout pana Vladimíra jsem na okenním parapetu vedle vchodových dveří jeho bytu našel jakýsi písemný projev, nesporně psaný panem Vladimírem.“

Uvádím jeho opis: „Ty blbečku! Toho Semtexu jsi dal do toho sklepa nějak příliš mnoho. Chtěl jsem polovinu odkoupit a dal bych Ti dvakrát tolik! Také se nedivím, že nepiješ doma vodu z vodovodu, když jak jsi včera říkal, že ve vodárně už jsou dva kilogramy toho jedu za ty dva tisíce dolarů nebo co jsi za to Ty blbe kde zase koupil. Také bych to potřeboval, ale tolik dolarů ani zlata zase u sebe já nemám. To jsi zase udělal pěknou hloupost, kvůli tomu, že Ti ti cikáni ukradli peníze, doklady, všechna vysvědčení, cestovní pas. Dále prý hodinky, vlezli Ti do bytu oknem a vzali Ti O.P., potom nálepky od zápalek. Za právo a spravedlnost se mám bojovat. To jsem s Tebou zajedno. Děkuji Ti, že jsi mně příteli, jak dobře víš, zachránil syna. Víš kde jsem a pohostím Tě. Jakmile budeš u mě, tak tu u mě zůstaň a budeme bojovat spolu. Já už mám lepší zbraně, to se budeš divit. Ani jsem se nepodepsal a to kvůli utajení. Jsem moc rád, že jsi kmotrem mého syna.“

To, že chování pana Vladimíra nebylo v normě svědčily i stížnosti sousedů. Z oken, vedoucích do dvora, vyhazoval veškeré předměty, které se nacházely v jeho zdevastovaném bytě. Rozbíjel okenní skla. Před vchodem do svého bytu soustavně rozléval vodu, mazal schody mýdlem, pěnou na holení, a to vše zasypával drobnými předměty. V bytě neustále protékala voda. Byt je několik let bez elektrické energie, plynu. Hromadil neskutečné množství předmětů, haraburdí a nepotřebných zbytečností.

V této době si pan Vladimír přestal vyzvedávat svůj invalidní důchod. Veřejná opatrovnice ve spolupráci s psychiatrem se pokoušela zajistit ochranou ústavní léčbu pro pana Vladimíra. Několikrát se ho snažila písemně vyzvat. Nechala mu vzkaz prostrčený vchodovými dveřmi do jeho bytu, aby očekával následujícího dne návštěvu v důchodové záležitosti. Když však

přišla k jeho bytu ve stanovený den byla na dveřích cedulka s textem: „*Nejsem doma, jsem mimo Prahu.*“

Lékař z oboru psychiatrie se pokoušel o kontakt s panem Vladimírem. Po několika nevydařených pokusech se spojil se synem jmenovaného s prosbou o pomoc při zprostředkování odborného vyšetření pana Vladimíra. Ten mu však sdělil, že se několikrát pokoušel otce navštívit a při té příležitosti ho přesvědčit, aby se nechal odborně vyšetřit. Ani jemu se však nepodařilo dostat se k němu dovnitř do bytu. Mluvili spolu pouze skrz dveře. Při tom pan Vladimír sdělil svému synovi, že získal anglickou státní příslušnost, syna že nepotřebuje a nehodlá se s nikým proto bavit a nemá zájem jakkoliv se nějakým řízením tady podrobovat.

V lednu roku 2003 veřejná opatrovnice požádala o psychiatrickou hospitalizaci pana Vladimíra, protože svým chováním ohrožoval zdraví a majetek svůj a spoluobyvatele v domě. Vyhýbal se setkání se znalcem a příslušnými institucemi, pro nedodržování platebních podmínek dostal výpověď z bytu se zahájením exekučního řízení.

V únoru stejného roku pak obvodní soud vydal rozhodnutí, aby byl pan Vladimír předveden policií do Kabinetu soudní psychiatrie za účelem vyšetření znalce. Byl vyšetřen a přijat do psychiatrické léčebny k nedobrovolnému pobytu.

Ve zprávě veřejné opatrovnice je uvedeno, že „*v bytě pana Vladimíra hořelo a jeho stav je otřesný. Vstupní chodby jsou ohořelé, rozbité a zčásti zničené, zcela vyvrácení z pantů takže byt je volně přístupný z chodby. Hned v chodbě jsou stěny ohořelé, začouzené, na podlaze nepřehledná zmršť různých materiálů, zbytků oděvů, prádla, papírů, sklenic, plastových lahví, jakoby vybraných z popelnic a do bytu přinesených. Vše je špinavé, zničené, ve vrstvě asi 20 cm, v naprosté zmršti. Dveře do další místnosti, snad bývalého pokoje, opět vyvrácené, uvnitř zbytky nábytku, skříní, čalouněných sedadel, nádobí, psacího stolu, vše na podlaze ve vrstvě do výše téměř půl metru. Byt je naprosto zdemolovaný a neobyvatelný*“ viz příloha č. 1.

Z dopisu syna pana Vladimíra : „*rozhodl jsem se sepsat několik klíčových bodů týkajících se zdravotního stavu mého otce, který je nyní v psychiatrické léčebně.*

Jeho zdravotní stav je sice v současné době relativně stabilní, ale to jen díky lékům, které užívá, resp. je dohlíženo, aby je užíval. Navštěvuji jej asi 3–4 do měsíce, často říká bludy, např. o zpětné privatizaci po jeho dávno zesnulém otci. Pozn., že firmu skutečně kdysi dědeček měl, ale na restituci nebyl nárok, neboť nebyly žádné nemovitosti tedy nebylo co restituovat. Otec

mi často vytýká, že jsem proti němu zaujatý, že mu bráním dostat zpět 400 milionů. Někdy mi to vytýká hrubě, tak že raději rychle ukončím návštěvu a odcházím.

Otec byl vždy ke všem členům rodiny často zlý a velice nebezpečný, a to ještě více pro členy rodiny, než pro ostatní okolí. Začalo to asi kolem r. 1980, kdy se moje matka chtěla dát s otcem rozvést. Otec, jak asi víte z vaší dokumentace, vyrobil bombu, kterou ji chtěl předat. To byl pokus o vraždu a obecné ohrožení, neboť by se zřítíl celý činžovní panelový dům a byly by zabity desítky lidí. Naštěstí tehdy bombu zlikvidovali policejní pyrotechnici. Od té doby měl otec nařízenou ochranou psychiatrickou léčbu. Dalším smutným příkladem je, že svou matku srazil pěstí tak, že spadla hlavou na zapnutý vaříč a měla vážné zranění hlavy. Přesněji ohořela ji půlka hlavy. Lékařům se to bála říci, protože se bála pomsty svého syna. Otec ji napadal a fyzicky i bil svého otce. Často mu vyhrožoval zabitím, ohrožoval ho nožem. Bohužel u některých těchto činů jsem byl jako malé dítě svědkem. Jsou to velice smutné a drastické zážitky. Po letech ohrožoval i mě. Když jsem se před pár lety snažil zprostředkovat výměnu otcova bytu za menší a levnější, chtěl mě fyzicky napadnout a křičel, že mu do toho nemám co mluvit. Vyhrožoval, že mě nechá zlikvidovat ukrajinskou mafii.

V letech 1999 až do jara 2003 se otcův stav výrazně zhoršil. Nikdy dobrovolně nebere léky. Nedokáže se o sebe postarat sám, žil z toho důvodu v nelidských podmínkách. Nechápu z jakých prostředků žil, protože si nevyzvedával několik let invalidní důchod. Jakmile otec přestane brát léky jeho stav se prudce zhorší. To není domněnka, to už se stalo za posledních 20 let několikrát. Zůstane bez bydliště, tudíž bude velice obtížně dohledatelný, přitom volně se pohybující, nebezpečný člověk. Situace je velice vážná. Pro otce je nutné zajistit trvalý dozor a povinnou doživotní psychiatrickou péči a udržet jej ve stabilizovaném stavu. Je zde vysoké riziko dalších neštěstí. Já jsem přitom i nadále ochoten otce navštěvovat a nakupovat pro něj, i když by si to za to co vše zlé způsobil, ani nezasloužil

Proto jsem požádal o přijetí mého otce do domova důchodců.

Ze strany pracovníků psychiatrické léčebny byl soudu podán návrh na ochrannou léčbu pana Vladimíra. Jeho stav byl v té době sice stabilizovaný, ale nebyla záruka, že by bez uloženého léčení, formou ambulantní bylo možno zajistit, aby dodržoval léčebný řád. Obvodní soud tomuto návrhu vyhověl a vydal usnesení, kterým nařídil ústavní léčbu pana Vladimíra. Jmenovaný byl v léčebně do roku 2006. V prosinci tohoto roku byl pak přemístěn do domova se zvláštním režimem.

Při příchodu do zařízení byl zdravotní stav pana Vladimíra stabilizovaný. Léky bral pravidelně. Byl velice bojácný. Pokud se dostal do společnosti lidí, přestával komunikovat, byl nervózní a uzavíral se do sebe.

Současný stav kdy je panu Vladimírovi šedesát čtyři let : Na tomto místě je vhodné citovat záznam klíčového pracovníka, který hodnotí klienta slovy: *“pan Vladimír je velice citlivý člověk, lítostivý a hlavně náladový. Jeho individuálním cílem, který si stanovil, je docílit postupného získávání důvěry k lidem a zapojování se do společnosti. Možná to vypadá, že pan Vladimír je samotář. Ovšem ten, kdo ho pozná blíže, zjistí, že je pravý opak. Dnes se mi svěřil, že ho hrozně mrzí, že je sám a že se nedokáže s nikým bavit”*.⁷⁷

Z dokumentace je tedy patrné, že pan Vladimír je uzavřený, ale postupně získává důvěru svého klíčového pracovníka. Získává hygienické návyky. O svůj samostatný pokoj se s menší dopomocí dokáže postarat. Občas trpí depresemi, uzavře se do sebe a nekomunikuje.

Protože pan Vladimír nemá náhled na své psychiatrické onemocnění, neléčil se, došlo u něj k výraznému zhoršení zdravotního stavu, k degradaci osobnosti, přestával přebírat důchod, zanedbával osobní hygienu a hygienu v bytě. Byt zcela zdevastoval a nechal ho vyhořet. V bytě hromadil odpad, neplatil žádné poplatky za bydlení, byl vystěhován bez náhrady. Byl nebezpečný sobě i okolí. Stýkal se s bezdomovci, překupníky a narkomany, kteří se zdržovali v jeho bytě do nástupu na ochrannou psychiatrickou léčbu.

Po propuštění z léčby, nastoupil do zařízení sociální péče. Jeho stav se stabilizoval. Bere pravidelně léky.

Analýzou spisové dokumentace autorka dospěla k názoru, že pan Vladimír není schopný žít samostatně bez dopomoci. Nemá náhled nad svou chorobou. Bez dohledu přestane brát léky a jeho psychický stav se zhoršuje. Přestane dodržovat i základní návyky. Ohrožuje sebe i své okolí.

Tato kazuistika je zajímavá bizarním chováním pana Vladimíra. Tento klient se významně liší psychickým chováním, ohrožováním a výrobou explozivních balíčků. Tímto pokusem o výrobu výbušniny prokázal sníženou schopnost při řešení různých životních situací. Nemoc v životě tohoto klienta vedla ke značnému utrpení nejen jeho, ale také k utrpení života celé rodiny, počínaje rodiči a konče manželkou a dětmi. Vysoce vyjadřovanou emotivitou ohrožoval životy lidí ve svém okolí. Jeho psychické onemocnění natolik porušilo jeho kontakt s realitou, že si ve svém nitru vytvořil svět, který je odlišný od světa, který vnímají ostatní.

⁷⁷ Ze záznamu klíčového pracovníka

Léčba této nemoci je založena na spolupráci nemocného a jeho blízkých. Vzhledem k tomu, že pan Vladimír vlivem své nemoci nebyl schopný léčbu akceptovat, nezvládl samostatný život v rodině. Příloha č. 1, Příloha č. 2.

Kazuistika č.2 – pan Jiří

Diagnosa: paranoidní schizofrenie

Z osobní anamnézy: pan Jiří se narodil v roce 1951, národnost česká, státní příslušnost ČR. Narodil se ze čtvrtého těhotenství. Narodil se a vyrůstal ve stejném městě. V dětství prodělal běžné dětské nemoci. Byl často nemocný s chřipkou. V době puberty byl vyšetřen na psychiatrickém oddělení, ale neléčen. Otec popisuje, že pozoroval občasné projevy agresivity vůči členům rodiny. Začal být vztahovačný, nedůvěřivý a podezřavý. Ve dvaadvaceti letech prodělal operaci tříselné kýly.

Základní školu ukončil s několika čtyřkami. Po jejím ukončení nastoupil do učiliště obor soustružník, kde však neuspěl. Přestoupil do učebního oboru prodavač, který úspěšně dokončil. Později pracoval jako prodavač v potravinách.

Z rodinné anamnézy: Otec, národnost česká, středoškolské vzdělání. Pracoval jako voják z povolání. V dokumentaci nejsou uvedena žádná závažná onemocnění. Po smrti manželky se podruhé oženil.

Matka – vlastní, národnost česká, vzdělání základní. Byla léčena na psychiatrii. Několikrát hospitalizována v psychiatrické léčebně. Dle dokumentace byla „zvláštní, do sebe uzavřená“. V roce 1963 se otrávila léky.

Pan Jiří má čtyři sourozence - tři sestry, jedna se narodila v roce 1953 a dvě v roce 1956 – dvojčata a nevlastního bratra ze strany matky. Jedna ze sester byla umístěna do zařízení sociální péče dle dokumentace je hluchoněmá, retardace psychomotorického vývoje.

Dle dokumentace je možné přiblížit osobnostní profil: po vyučení začal pan Jiří pracovat jako prodavač. V této pozici setrval půl roku. Pak z finanční motivace přešel pracovat do skladu. V průběhu tohoto zaměstnání došlo k první atace onemocnění. Byl hospitalizován do psychiatrické léčebny a po ukončení hospitalizace do stávajícího zaměstnání již nenastoupil. Začal rozvážet jídlo pro Ústav národního zdraví. Odtud dostal výpověď podle § 53 pro špatnou docházku a absence.

Bydlel na ubytovně – pánském penzionu. Toto ubytování mu zařídil otec, který za Jiřího platil nájemné v této ubytovně a přispíval mu každý měsíc menší částkou na výživu. Přesto pan Jiří s penězi nevystačil a žil z dalších drobných výpůjček, které splácel z otcových peněz. Přes veškerou snahu rodiny pan Jiří život v ubytovně nezvládal. Dle zprávy ze sociálního šetření z roku 1993 : „ *po delší době bušení na dveře otevírá. V bytě je nepředstavitelný nepořádek, zápach. Pan Jiří, právě spal, deka nepovlečená, všude lahve od piva, stohy novin, starého chleba. Okna nevyčištěná, není přes ně vidět. Na dotaz jak se má, sděluje, že se cítí dobře, nikdo ho nezlobí, nemá žádné problémy. Na obědy chodí k sestře V.*“⁷⁸

Dle sdělení správce budovy, pan Jiří dlužil na nájmu 10 000,-Kč. Byly na něj stále slyšet stížnosti. Souseda fyzicky napadl a vymáhal na něm peníze. Byl agresivní na uklízečky, nechtěl, aby mu v bytě uklízely.

V roce 1995 se jeho zdravotní stav zhoršil. Pan Jiří v noci vykřikoval z okna, kálel po schodech, křičel na uklízečky. Spolubydlící si na něj stěžovali. Sestra Jiřího paní V. byla informována o zásahu policie a souhlasila s převozem do psychiatrické léčebny. Po ukončení léčby byl na doporučení lékaře umístěn do zařízení soc. péče.

S umístěním nebyl pan Jiří spokojen. Je vhodné v této části uvést záznam sociálního šetření v zařízení sociální péče K.L. Kde je uvedeno, že byl“ *pan Jiří umístěn na odd. PIV-nadstandard, na dvojlůžkovém pokoji. Problémy jsou z jeho strany s dodržováním osobní hygieny, nechce se koupat. Nejráději je na svém pokoji. Ležel by celý den na posteli a nic nedělal. Stále by chtěl telefonovat svým sestrám. Rád by u sester zůstal natrvalo nebo by tam jel alespoň na dovolenou. Jednou v roce utíká ze zařízení ke své sestře paní V. Ta jej pak nechá odvézt do psychiatrické léčebny, protože býval vůči ní agresivní. Na návštěvy domů si ho nechce brát, protože má strach, že se nebude chtít vrátit zpět do ústavu.*

Pan Jiří je náladový a agresivní. Pokud mu není vyhověno, tak křičí.“⁷⁹

Požádal sociálního pracovníka o přemístění do zařízení, které bude poblíž bydliště jeho sestry. Proto byl v roce 2004 pan Jiří na vlastní žádost přemístěn do našeho zařízení.

Stav klienta po přemístění do domova se zvláštním režimem: Z dostupné dokumentace lze vyčíst, že během roku se chování pana Jiřího změnilo k pozitivu. Rád komunikuje, směje se. Navštěvuje terapii. Našel si domově i kamarády. Chodí na skupinové vycházky i výlety.

⁷⁸ Z osobní dokumentace klienta

⁷⁹ Ze záznamu sociálního pracovníka zařízení soc. péče

Agresivní bývá již méně často. Jeho velkým přáním je i nadále, aby si ho sestry vzaly domů. V domově si našel přítelkyni a přemýšlí o svatbě.

Občas bývá plačtivý a vyžaduje medikamenty na různé nemoci. Jednou do roka zmizí z domova bez ohlášení a vydá se na cestu ke své sestře.

Pan Jiří je velmi zajímavou osobností a proto autorka práce níže popisuje své pozorování, kdy jmenovaný telefonuje se svou sestrou. Od rána byl neklidný a nemohl se dočkat odpoledne až se sestra vrátí z práce a on bude mít možnost zatelefonovat.

Záznam telefonického rozhovoru:

„Ségra, já se nekoupu. Musíš mě dostat do Prahy, já tady nechci umřít. Chci umřít v Praze jako táta a babička. Musí existovat nějaká klička, jak se dostat do Prahy, mám na to nárok podle zákoníku práce. Jen, když se chce, tak to jde. Já ti všechno budu dělat, nikoho jsem tady nezmlátil.

Ségra, já už nekouřím. Prosím, tě vem mě domů nebo na hotel. Pak ti všechno vynahradím, všechno ti slíbím.

Dostaň mě do Prahy, ať můžu žít jako člověk. Chci, abyste přijeli za mnou. Proč mě nechceš a ničíš mi srdce a zdraví?

Prosím tě všechno udělám podle tvýho. Hm, tak to nejde. Tak ahoj.“⁸⁰

Po ukončení telefonického rozhovoru byl smutný a začal plakat. Řekl mi, že by chtěl jet do Prahy. Ať udělám výjimku a pustím ho samotného, že by jel na vlastní zodpovědnost. Prosil, ať to zařídím, aby mohl jet, že mi koupí láhev vína a že mi vše vynahradí.

Tento záznam rozhovoru byl proveden sociální pracovnící rok po nástupu pana Jiřího do domova. V té době bylo jmenovanému padesát čtyři let.

Závěr šetření se autorka práce se zamýšlí nad analýzou z dokumentace a zvažuje možná doporučení pro další vývoj tohoto klienta:

U pana Jiřího se projevuje silné kolísání nálad. Jakékoli změny nemá v oblibě, v závislosti na typu změn reaguje podrážděně a agresivně.

Sociální pracovnice z běžného kontaktu s klientem konstatuje, že jeho řeč je srozumitelná. Na jeho zevnějšku je patrné, že nerad dodržuje hygienu. Jeho oblečení je propálené od cigaret.

80 Ze záznamu sociální pracovnice- osobní dokumentace klienta

Není schopen hájit své zájmy a jednat v souladu s nimi. Je lehce zneužitelný nezodpovědným okolím. Předstíraná „druhá realita“, v které se viděl v jakési lepší existenci než kterou žil, se postupně rozpadla. Je netečný, vše bagatelizuje. Někdy bývá hlaholivě hlučný. Směje se nuceným křečovitým smíchem v neadekvátních situacích. Jindy je plačtivý, smutný. Na své onemocnění nemá náhled. Autorka práce, dle analýzy dokumentace hodnotí chování pana Jiřího jako změnu k lepšímu, přestože je v jeho projevu stále patrná úzkost a sociální nezralost. Má nerealistický přístup k životu. Odlišně vnímá svět kolem sebe i sebe sám a nedokáže přesně odlišit realitu od vlastních představ a fantazií. Není schopen řešit nároky běžného života. Realitu neřeší, přeskakuje životní situace. V momentě, kdy ho jeho sestra odmítla, neuměl reagovat na své vnitřní pocity.

Autorka zvažuje možnost dopomoci Jiřímu realitně zakotvit tak, že bude minimalizován stres v jeho okolí. Odpovědný pracovník pomůže Jiřímu analyzovat a identifikovat jeho problémy a pomůže mu s jejich řešením. Nemusí s přesvědčením Jiřího souhlasit, ale neměl by se pokoušet dokazovat mu, že je chybené. Autorka se domnívá, že sociálním učením na základě prožitků, selhávání, úspěchů a jejich následků je možné docílit trvalé změny v chování pana Jiřího.

Jak vyplynulo z této kazuistiky, pan Jiří je zajímavá osobnost. Pozornost a péči o svou osobu si v současné době namísto agresivního chování, vynucuje předstíráním zdravotních potíží, dětinskými výmysly, vydáváním zvuků připomínajících dětské pobrekávání.

V současné době je mu padesát osm let. Sestry o něj přestaly projevovat zájem ze strachu, že je přijede navštívit a nebude se chtít vrátit zpět do Domova. Pan Jiří přestal z Domova utíkat a domáhat se pobytu u sestry. Svou pozornost věnuje přítelkyni a její matce.

Závěrem tedy můžeme říci, že samostatný život a soužití se sousedy Jiří nezvládal. Byl několikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně. Po propuštění z léčení nastaly pokaždé stejné problémy. Jeho otec vzhledem ke svému věku nebyl schopen pro svého syna zajistit potřebnou podporu. Proto odborný lékař jmenovanému doporučil pobyt do zařízení sociální péče psychiatrického typu.

Kazuistika č.3 – pan Josef

Diagnosa: paranoidní schizofrenie

Z osobní anamnézy: Pan Josef se narodil v roce 1943, národnost česká, státní příslušnost ČR. Narodil se jako nemanželské dítě. Byl svěřen do péče babičky. Raný vývoj byl opožděn. Od dětství byl citově deprivován. Nikdy nebyl vážněji nemocný. Má kyfosu hrudní páteře, proto byl osvobozen od vojenské služby.

Jeho první hospitalizace v psychiatrické léčebně proběhla v jeho 26 letech.

Z rodinné anamnézy: Otec pana Josefa je neznámý.

Informace o matce v dokumentaci nejsou uvedeny žádné. Je známo pouze to, že byla několikrát hospitalizována v psychiatrické léčebně. Zemřela v šedesáti čtyřech letech na srdeční selhání. O syna se nestarala.

Absolvoval 2 letou obchodní školu. Od roku 1960 do 1968 pracoval jako prodavač v potravinách. Pak rok pracoval u dopravního podniku jako průvodčí. Od roku 1969 do 1970 vykonával práci metaře. Podnik byl uzavřen a pan Josef byl propuštěn. V ochranné lhůtě onemocněl. V roce 1972 mu byl přiznán plný invalidní důchod.

Autorka práce na základě analýzy spisové dokumentace přibližuje některé životní události klienta: Pan Josef byl do zařízení sociální péče umístěn v roce 1983. Dokumentace týkající se rodiny klienta však není vedena téměř žádná. Z analýzy vyplývá pouze, že pan Josef pochází z nefunkční rodiny. Otec s rodinou nikdy nežil. Matka byla opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně. Zemřela na selhání srdce v 64 let. O pana Josefa se starala babička. Bydleli v pronajatém bytě ve vilce, kde však časem přestali platit nájem. Pan Josef padělal doklady o zaplacení nájmu, kterými se snažil hájit. Babičce, které bylo 86 let, bral peníze, nechal se od ní živit. Byl na ní hrubý, nadával jí. S ničím jí nepomohl. Vzhledem ke svému věku nedokázala pro svého vnuka vytvořit potřebné prostředí.

Po smrti babičky se zdravotní stav jmenovaného stále zhoršoval. Přestal docházet k lékaři. Odmítal zdravotní prohlídky. Bydlel ve značně neutěšených poměrech. Při sociálním šetření bylo zjištěno, že má v bytě ohromný nepořádek, špinavé mokré prádlo a velké množství odpadků. Prakticky veškeré zařízení bytu rozprodal. Na živobytí si přivydělával sběrem papíru, kostí a hadrů. Každý den se domů vracel opilý a pozdě v noci. Na ulici křičel, házel po lidech bláto, nadával kolemjdoucím. Nemyl se, nepřevlékal, přestal dodržovat jakoukoli hygienu. V bytě žil sám. Neměl už ani lůžko a tak spal na hromadě hadrů.

Byl několikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně.

Odbor sociální péče dostal několik stížností na chování pana Josefa, proto na doporučení lékaře podal tento odbor žádost o umístění na zařízení sociální péče.

V roce 1982 dostal pan Josef předvolání k přijetí do domova se zvláštním režimem. Jeho přijetí se však nepodařilo uskutečnit ani za pomoci policie. Pan Josef se přestal zdržovat ve svém bytě a skrýval na různých místech. Později však byl nalezen policií v Praze – Košířích. Byl neuvěřitelně špinavý a potlučený. Následně na to, za doprovodu policie, byl odvezen do zařízení sociální péče.

Zhodnocení současného stavu, dle analýzy spisové dokumentace: V průběhu pobytu v zařízení sociální péče se chování Josefa stabilizovalo. Z počátku ze zařízení utíkal do svého bytu v Praze. Tam svým chováním ohrožoval a obtěžoval sousedy. Do Domova pak chodily stížnosti a prosby o jeho opětovný návrat. Na vycházkách mimo zařízení pan Josef kradl. Přivydělával si prodejem druhotných surovin, zejména železa a barevných kovů, které odcizoval a pak prodával, aby si přivydělal. Pan Josef je silný kuřák, jeho příjem ve formě invalidního důchodu mu stále nepostačoval, proto si přivydělával tímto způsobem.

Při návštěvě tohoto klienta sociální pracovnice zaznamenává, že jeho řeč je srozumitelná. Na nic si nestěžuje. Občas spontánně referuje o nejnovějších událostech v dostihovém sportu, o který se již od dětství zajímal. Chodí ven na vycházky, ze kterých se vrací v domluvený čas. Někdy sice vážně mentální sebekontrola, ale přesto již nepůsobí žádné závažné konflikty.

Dle dokumentace bere pravidelně léky.

Závěrem se sociální pracovnice se zamýšlí nad možností pomoci panu Josefovi s organizací denního programu, protože má tendenci utíkat do izolace a nic nedělání. Pracovní program může pana Josefa stimulovat a dát mu pocit užitečnosti a smyslu.

Závěrem lze konstatovat, že pan Josef není schopný žít samostatně bez dopomoci další osoby. Nemá náhled nad svou chorobou, proto má negativní postoj k užívání medikace. Je potřeba ho neustále motivovat a vysvětlovat mu potřebu léčby. Bez dohledu další osoby přestane užívat léky a jeho psychický stav se zhoršuje. Přestane pak dodržovat i základní návyky.

Dokud mu byla jeho babička schopna zajišťovat vhodné prostředí a dopomoc, byl schopný žít mimo zařízení sociální péče.

Kazuistika č. 4 – pan Bohumil

Diagnosa : chronická paranoidní schizofrenie

Z osobní anamnézy: pan Bohumil se narodil v roce 1959, národnost česká, státní příslušnost ČR. Narodil se z prvního těhotenství. Na základě anamnestických dat není možné zjistit nic o průběhu těhotenství, porodu a perinatálním vývoji pana Bohumila. Prodělal čtyřikrát zápal plic a v jedenácti letech otřes mozku. Je svobodný a bezdětný.

Z rodinné anamnézy: Matka pana Bohumila se narodila v roce 1942, národnost česká, vzdělání vysokoškolské- učitelka. Netrpěla a dosud netrpí žádnou psychickou nemocí. Trpí pouze hypertenzí. Otec se narodil v roce 1939, národnost česká, vzdělání vysokoškolské. Pracoval jako voják z povolání. Ani u otce nebyla zjištěna psychiatrická zátěž.

Pan Bohumil má jednoho bratra. Narodil se v roce 1967. Je nám známo pouze, že je zdrav. Svého nemocného bratra nenavštěvuje.

Pan Bohumil na základní škole prospíval s výborným prospěch. Jako dítě byl spíše hloubavý, samotářský, přecitlivělý. Zadrhával v řeči. Vystudoval gymnasium s vyznamenáním. Začal studovat vysokou školu v Moskvě. Studium však ze zdravotních důvodů přerušil. Po uzdravení pokračoval ve studiu na vysoké škole ekonomické. Studium na této škole ukončil ve třetím ročníku.

Přiblížení průběhu života pana Bohumila, dle analýzy spisové dokumentace :

Je patrné, že pan Bohumil je klientem v zařízení sociální péče od roku 1998, kam byl přijat na základě žádosti jeho matky. Od roku 1979 je léčen na psychiatrii s diagnosou chronická paranoidní schizofrenie s výrazným defektem osobnosti. Umístění do zařízení soc. péče předcházely časté hospitalizace v psychiatrických léčebnách Bohnice, Kosmonosy, Střešovice a Horní Beřkovice.

Před přijetím do zařízení bydlel ve společné domácnosti s rodiči. Často se s nimi hádal. Tvrdil, že jediným jejich zájmem jsou peníze a nechtějí mu nic dávat. Považoval své rodiče za povrchní lidi. Nebyli schopni společně komunikovat. Choval se vůči nim velmi agresivně. Z léčebny opakovaně utíkal. Ke své chorobě byl nekritický. Odmítal umístění do zařízení soc. péče. Od rodičů často utíkal.

V současné době je pan Bohumil padesátiletý muž. Jeho diagnosa je chronická paranoidní schizofrenie s výrazným defektem osobnosti. Z běžného kontaktu autorka konstatuje, že pan Bohumil lehce zadržává v řeči. Na jeho zevnějšku je patrné, že nerad dodržuje hygienu.

Rád pseudofilosofuje, maluje obrázky a píše básničky. Nezapojuje se do pracovní terapie ani do kolektivu. Na změny reaguje negativně. Jeho nálada neustále kolísá. Dříve sám utíkal ze zařízení do psychiatrické léčebny.

Autorce práce se zdá tento klient velmi zajímavou osobní, proto se rozhodla požádat pana Bohumila o rozhovor (viz. příloha).

Z analýzy rozhovoru je patrné, že pan Bohumil nemá náhled nad svou chorobou. Nemocí označuje víru v Boha. Je přesvědčen, že v životě neuspěl, protože nebyl do společnosti přijat právě díky víře. Má pocit, že byl do léčebny a následně do zařízení sociální péče odvezen neprávem, na žádost jeho matky. Je přesvědčen, že vztah s rodiči byl narušen tím, že se nechtěl vrátit studovat do Moskvy.

Postřehy sociální pracovnice z pozorování klienta při rozhovoru: po dobu rozhovoru seděl Bohumil na lůžku a byl klidný. Vyprávěl svůj životní příběh s vážností. Chvillemi vyprávěl překotně a zmateně. Má zkreslený náhled na některé životní situace. Zhruba po čtvrt hodině povídání sociální pracovnice upozorovala u pana Bohumila roztěkanost a nervozitu. Pochopila, že se mu už v rozhovoru nechce dál pokračovat. Projevil radost ze zájmu o jeho životní příběh a nabídl možnost dalšího rozhovoru. Dále už proběhlo vzájemné poděkování za věnovaný čas.

Autorka práce použila pro názornost a lepší pochopení psychického onemocnění pana Bohumila, dvě kresby a text (viz příloha), který jmenovaný publikuje ve zpravodaji, který je vydáván v Domově.

Texty jasně poukazují na poruchy myšlení ve smyslu inkohorence. Dále je patrné, že se někdy opakuje a lze soudit bradypsychismus. Texty v příloze, kterými se klient chce sám sociálně prezentovat, poukazují na významnou poruchu myšlení a jsou typickým projevem člověka s diagnosou schizofrenie.

Kresby jsou také materiálem do výše zmiňovaného zpravodaje. Zajímavé je, že tyto dvě kresby se odlišují určitou mírou konstruktivního prvku a chaotismu. Na obrázku č. 1. je více pracováno s určitým motivem a motiv je lépe propracován. Na obrázku č. 2 je kresba více chaotická. Tyto kresby mohou poukazovat právě na neschopnost pana Bohumila uspořádat

proud myšlenek a určovat zaměření svých myšlenek. Klient respektuje svoji kresbou velikost papíru, což můžeme hodnotit jako bazální pozitivní předpoklad. I z těchto produktů je jasné, že se jedná o velmi závažnou schizofrenní poruchu.

V závěru tedy autorka konstatuje, že pan Bohumil je velice zajímavá osobnost s bizarními projevy svého schizofrenního onemocnění. Jako další příklad uvádí požívání nápoje, který si pan Bohumil připravuje louhováním tabáku. Tvrdí, že tak snižuje svou závislost na kouření. Popíjením nápoje údajně snižuje denní dávku cigaret.

Pan Bohumil i nadále touží po svém bytě a navrácení způsobilosti k právním úkonům. Jeho matka je však ve věku, kdy se o svého syna nemůže starat. Sám bez pomoci další osoby pan Bohumil není schopen zvládnout samostatný život. V průběhu pobytu v Domově několikrát žádal soud o navrácení způsobilosti k právním úkonům. Nebylo mu vyhověno. Soudní znalec v oboru psychiatrie shledal, že pan Bohumil není schopen hájit své zájmy, jednat v souladu s nimi a nedokáže hospodařit se svými finančními prostředky.

Kazuistika č. 5 – paní Marcela

Diagnosa : paranoidní schizofrenie

Z osobní anamnézy: paní Marcela se narodila v roce 1957, národnost česká, státní příslušnost ČR. Narodila se ze čtvrtého těhotenství. Porod a poporodní vývoj byl v normě. Nebyla zvlášť nemocná. Z dětských nemocí prodělala spalničky a neštovice. Nebyla operována ani neprodělala žádný úraz. Nikdy nebyla v bezvědomí. Paní Marcela je svobodná, bezdětná.

Z rodinné anamnézy : Matka paní Marcely se narodila v roce 1923, národnost česká, státní příslušnost ČR. Vzdělání středoškolské, pracovala jako plánovačka v podniku Tesla.

Otec paní Marcely se narodil v roce 1921. Vzdělání také středoškolské. Pracoval na Ministerstvu kultury. Zemřel v šedesáti letech na mozkovou příhodu.

Paní Marcela má dvě starší sestry – Evu nar. 1945, Alenu nar. 1943 a bratra Karla narozeného 1943. Paní Alena je rozvedená a žije v Nizozemí. Pan Karel a paní Eva žijí v Praze. Karel vystudoval vysokou školu.

Nikdo z rodiny netrpí žádnou psychickou poruchou.

Marcela se vyučila prodavačkou potravinářského zboží.

Autorka práce přibližuje osobnostní profil klientky: Marcela vyrůstala v podnětném rodinném prostředí. Po vyučení pracovala deset let jako prodavačka. Ze spisové dokumentace není patrné z jakého důvodu ukončila zaměstnání.

Byla několikrát hospitalizována v psychiatrické léčebně. Vždy se vracela domů. Po smrti otce žila ve společné domácnosti pouze s matkou. Matka vždy souhlasila s propuštěním paní Marcely do domácího ošetřování. O dceru se starala, ve všem ji podporovala a kontrolovala. Sama vedla společnou domácnost. Dcera jí nečinila žádné problémy, matku respektovala a ve všem ji poslouchala. Samostatně si však s ničím nevěděla rady.

S přibývajícím věkem si matka paní Marcely začala dělat starosti co se stane s dcerou, když onemocní nebo z jiného důvodu nebude schopná se o ni postarat a stejně, tak o společnou domácnost. Požádala o přezkoumání způsobilosti paní Marcely a stala se jejím opatrovníkem. A následně, výhledově podala žádost o umístění své dcery do zařízení sociální péče.

Postupem času začala paní Marcela nezdravě užívat alkohol. Matku přestala respektovat. Utíkala z domova nebo si naopak vodila do bytu bezdomovce. Doma kradla vybavení bytu a to pak prodávala, aby měla peníze na alkohol a cigarety.

V roce 2002 byla matka Marcely dlouhodobě hospitalizována a následně umístěna do rehabilitačního a ošetrovatelského centra. Ona sama potřebovala stálou péči. V té době její dcera opustila byt. Stal se z ní bezdomovec. Po propuštění z rehabilitačního centra se matka Marcely nastěhovala ke své mladší dceři a prodala byt.

Vzhledem k tomu, že matka paní Marcely v této době nebyla již schopná se o dceru postarat, požádala o urychlené přijetí své dcery do zařízení sociální péče.

V současné době je paní Marcela padesát dva let. Někdy se u ní projevují známky úzkosti a deprese. Jen zřídka se zapojuje do drobných prací, ke kterým musí být motivována. Dominuje u ní defekt osobnosti. Je emočně oploštělá. Halucinace ani bludy se u ní neprojevují.

Alkohol přestala užívat. Její závislost se však změnila v závislost na kávu a cigarety.

Matka jí v zařízení navštěvuje velmi často. Vozí jí oblečení a drobná přilepšení. Ze svého důchodu šetří pro dceru finanční prostředky, aby byla do budoucna finančně co možná nejlépe zajištěna. Paní Marcela pobírá invalidní důchod jehož výše nestačí pokrýt po zaplacení úhrady za pobyt, její další náklady, která jsou zejména na zakoupení cigaret a kávy. Pokud matka nemůže přijet na pravidelnou návštěvu, zasilá dceři balíčky, ve kterých je i drobné finanční

přilepšení. Pokud očekávaný balíček není doručen v době očekávání paní Marcely, vrůstá u ní neklid a verbální agrese.

Pro Marcelu by bylo vhodné vytvořit denní program, který má jasně strukturované uspořádání, které nabízí bezpečí a jistotu. Marcela by si měla uvědomit, že všechno, co dělá, ovlivňuje život ostatních. Proto je pro ni důležitá podpora při udržování sociálních kontaktů a kontaktů s rodinou. Pomoc při zapojování do společenských akcí nejen v zařízení, ale i mimo něj.

Závěrem tedy můžeme konstatovat, že paní Marcela je složitá osobnost, která nemá ráda změny. Na neuspokojení svých osobních potřeb reaguje velmi podrážděně. Je vulgární, verbálně agresivní. Svou spolubydlící napadá i brachiálně.

Nemá náhled nad svou chorobou. Bez medikace se její zdravotní stav velmi zhoršuje. Proto není možné, aby žila sama bez dopomoci další osoby. Její matka vzhledem ke svému věku a svému vlastnímu onemocnění, již není schopna pro svou dceru zařídit podnětné prostředí.

Kazuistika č. 6 – paní Hana

Diagnosa : nediferencová schizofrenie s defektem osobnosti

Z osobní anamnézy: paní Hana se narodila v roce 1961, národnost česká, státní příslušnost ČR. Narodila se z druhého těhotenství. Nikdy vážněji nestonala. Neprodělala žádné operace. V mládí prožila autonehodu s následným bezvědomím a komocí mozku.

Z rodinné anamnézy : Matka paní Hany se narodila v roce 1924, národnost česká, státní příslušnost ČR.

Otec se narodil v roce 1927, národnost česká, státní příslušnost ČR. Z dokumentace lze vyčíst pouze to, že ani jeden z rodičů nebyl psychiatricky léčen. Matka prodělala v roce 1994 centrální mozkovou příhodu.

Autorka práce uvádí data získaná z osobní dokumentace paní Hany: V roce 1961 ukončila maturitou studium na střední ekonomické škole. Hned po maturitě nastoupila do zaměstnání. Práce se jí líbila, byla velmi spokojená. Pracovala na pozici administrativní pracovnice Ministerstva vnitra. V roce 1979 se u ní projeví první příznaky choroby. Od té doby byla ambulantně léčena na psychiatrii.

V roce 1982 se provdala a v roce 1986 se jí narodil syn. Dva roky byla na mateřské dovolené a opět nastoupila do zaměstnání. V té době se však její zdravotní stav natolik zhoršil, že byla o rok později uznána plně invalidní.

Nebyla schopna se postarat o svého syna a svou rodinu. V roce 1992 požádal její manžel o rozvod a o svěření syna do vlastní péče. Po soudním svěření syna do péče se manžel paní Hany i s dítětem odstěhoval. Po rozvodu žila paní Hana sama. Rodiče jí všestranně pomáhali. Protože její matka v roce 1994 onemocněla, zvládala péči o svého manžela a o svou vlastní domácnost hůře. Nebyl nikdo další v rodině, kdo by paní Haně pomáhal, proto její matka požádala o umístění své dcery do zařízení sociální péče.

Paní Hana byla několikrát hospitalizována v psychiatrické léčebně. Aby si čtenář dokázal lépe představit bizarnost chování paní Hany, uvádí autorka úryvek ze záznamu lékaře: „*poslali mě sem protože jsem štěkala a kokrhala, takhle to dělám pořád, taky si povídám s kočkou a se psem. Oni na mě nemluví, ale já je slyším v myšlenkách. Taky jsem pálila kočku cigaretou, i některé lidi – tak mě to napadlo. Uvaříme si jablíčkový čaj...chtěla jsem si udělat ohýnek v pokoji a něco si upéct. V minulosti jsem zapálila bibli....tak mě poslali do blázince*“.⁸¹

Autorka poukazuje na to, že u těchto lidí se často dějí činy, které nejsou ničím motivovány. Proto paní Hana na položenou otázku odpověděla- „*tak mě to napadlo*“.

Chování paní Hany v zařízení sociální péče v roce 2009 : Paní Hana chodí čistá a upravená. Je orientovaná časem i místem. Někdy se u ní projevuje agresivita a nesnášenlivost. Je uzavřená. Není schopna navazovat uspokojivé osobní kontakty. Avšak o sociálním vyloučení zde nemůžeme hovořit.

Momentálně se u ní nevyskytují ani halucinace ani bludy. Je v kontaktu pouze s rodinou. Její matka je nemocná. Paní Hana se snaží zajistit, aby byla umístěna v našem zařízení.

V současné době je natolik stabilizovaná, že je schopná nakládat se svými finančními prostředky bez pomoci. Šetří peníze pro svého syna. Syn však o matku zájem neprojevuje ani jí nenavštěvuje.

Autorka práce konstatuje, že dle dokumentace a vlastního pozorování je **současný zdravotní stav** paní Hany stabilizovaný. Stejně, tak jako u ostatních klientů s diagnosou schizofrenie je vhodné, aby se minimalizoval stres v okolí paní Hany. Bylo by dobré paní Haně pomoci při vyřizování žádosti o přijetí její matky do našeho zařízení a zároveň jí předem připravovat na

81 Ze záznamu lékaře z oboru psychiatrie 2002

to, že se může stát, že z nějaké příčiny (ať už diagnosa nebo špatný zdravotní stav) nebude možné, aby byla její matka přijata do našeho zařízení.

Paní Hana pravidelně navštěvuje psychologa v zařízení. Pohovory jsou pro ni motivující a velice jí prospívají.

Tato klientka nemá na svou chorobu náhled. Bez pomoci další osoby není schopná samostatného života. Dokud jí pomáhala matka, byla schopná žít ve svém bytě. O vlastní domácnost a syna se sama nezvládala postarat.

Kazuistika č. 7 – paní Marie

Diagnosa: paranoidní schizofrenie

Z osobní anamnézy: paní Marie se narodila v roce 1942, národnost česká, státní příslušnost ČR. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Od roku 1975 je v péči psychiatra. Vyučila se kuchařkou. Její poslední zaměstnání byla stavební dělnice. Je rozvedená. Z manželství se jí narodila jedna dcera.

Z rodinné anamnézy: matka narozená v roce 1904 a otec v roce 1907. Z dokumentace je patrné pouze to, že se ani jeden z rodičů se neléčil na psychickou nemoc.

Autorka práce uvádí poznatky získané z písemné dokumentace: Paní Marie byla opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně.

Bydlela v družstevním bytě 2+1. Její zdravotní stav jí však omezoval schopnost zvládnout samostatný život, proto jí potřebnou péči poskytovala dcera. Vzhledem k tomu, že nebydlely ve společné domácnosti a dcera sama vážně onemocněla, nemohla se již dál o svou matku starat. Prodělala vážnou operaci a dlouhodobě se léčila. Vykonávala náročné povolání vysokoškolské učitelky, které pro ni bylo jediným zdrojem příjmu. Proto požádala o umístění své matky do zařízení sociální péče.

V roce 2001 po propuštění paní Marie z psychiatrické léčebny do domácího ošetření, zajistila dcera pro svou matku bydlení v penzionu pro seniory, protože žádost o umístění do zařízení sociální péče byla z důvodu naplněné kapacity zařazena do pořadníku čekatelů. Pobyt v penzionu paní Marie však nezvládala. Nedokázala v bytě udržovat pořádek, nedokázala si naplánovat vlastní celodenní program (často se stávalo, že celé dny trávila na lůžku bez jakékoli činnosti). Potřebovala pomoc při osobní hygieně a jako naprosto nezbytná se ukázala potřeba dohledu nad užíváním léků. Proto dcera urgovala umístění své matky do zařízení

sociální péče. Na tomto místě autorka shledává za vhodné uvést ukázkou z žádosti dcery paní Marie o umístění do zařízení sociální péče. V urgenci uvádí, že „jako jediná dcera nemohu své matce zajisti potřebnou péči vlastními silami, protože dojíždím do zaměstnání, kde vykonávám duševně náročnou práci vysokoškolské učitelky, potýkám se s vlastními dosti závažnými zdravotními i existenčními problémy, žiji jako osamělá rozvedená žena a nemám nikoho, kdo by mi v péči o matku mohl pomoci nebo mě alespoň občas zastoupil. Za velmi závažné považuji tato konstatování vedoucího čtyřletého psychoterapeutického výcviku, že příliš častý kontakt s mou duševně nemocnou matkou velmi vyčerpává mé síly a ohrožuje mou vlastní duševní stabilitu i zdraví. Vzhledem k uvedeným důvodům se domnívám, že umístění mé matky v ústavu sociální péče by velmi přispělo k řešení těchto problémů.“⁸²

Žádosti o umístění paní Marie bylo vyhověno a ta byla přijata do zařízení sociální péče v roce 2003.

Autorka práce v pozici sociální pracovnice uvádí vlastní **poznatky vývoje současného života** paní Marie: Paní Marie se ve svém sociálním prostředí orientuje dobře. Mimo něj bloudí a neví kde je. Má poruchu dlouhodobé i krátkodobé paměti. Není schopná si zapamatovat nové poznatky. Je zmatená. Nerada provádí jakýkoli pohyb. Stěžuje si na bolesti nohou. Dochází u ní k poruchám tělesné hybnosti a úbytku svalové hmoty. Není schopná sama o ničem rozhodovat. Je apatická, uzavřená do sebe. Nedokáže navazovat uspokojivé sociální vztahy ani kontakty. Někdy upadá do deprese a říká, že chce umřít - „chtěla bych už umřít, stejně to tu chceme....“. Pokaždé si přeje zakoupit nové černé šaty. Je pesimistická, chce zvýšit dávku léků, protože jí nezabírají. Říká, že nemá co dělat. Posedává na chodbě a kouká z okna. Nechce se zapojit do žádné pracovní ani terapeutické činnosti.

I když není v depresi je nejraději ve svém pokoji. Obtížně se motivuje k zapojení do kolektivu ostatních klientů.

Závěrem můžeme shrnout, že paní Marie je uzavřená, apatická osobnost, nevyhledávající společnost. Jak je patrné z této kazuistiky, tak i její dcera má zřejmé psychické potíže a žije osamělým způsobem. Otázkou je nakolik uzavřenost Marie, projevem nemoci a nakolik to je vyjádření její osobnosti. Je potřeba proto pečlivě zvážit do jaké míry ji motivovat k zájmové činnosti a komunikaci s ostatními klienty. Důležitá pro ni je podpora při cvičení paměti a nácviku chůze a vědomí, že není pasivní obětí příznaků své choroby, že se jí může účinně bránit.

82 Záznam z dopisu dcery paní Marie ze dne 15.11.2002

Protože, paní Marie nemá náhled nad svou nemocí, neakceptuje léky. Nepravidelným užíváním léků by mohlo dojít k výraznému zhoršení jejího zdravotního stavu, posléze i ohrožení na životě. V její rodině není nikdo, kdo by se o ni mohl starat, není možné, aby žila samostatně mimo zařízení sociální péče.

Kazuistika č. 8 – paní Věra

Diagnosa: paranoidní schizofrenie

Z osobní anamnézy: paní Věra se narodila v roce 1931, národnost česká, státní příslušnost ČR. Nikdy vážněji nestonala. V péči psychiatrie je od roku 1972. Více z dokumentace není patrné.

Z rodinné anamnézy: její matka se narodila v roce 1899 a otec v roce 1897. Psychiatrická heredita nebyla zjištěna.

Přiblížení životních událostí z analýzy spisové dokumentace : Paní Věra se v roce 1963 provdala. V manželství je jí narodila jedna dcera. Manželství bylo zpočátku spokojené až do doby, kdy se u paní Věry začaly projevovat příznaky duševního onemocnění. Byla několikrát hospitalizována v psychiatrické léčebně. Poslední hospitalizace, před umístěním do zařízení sociální péče, trvala tři roky. V této době dcera paní Věry požádala o přezkoumání způsobilosti své matky. Ta pak byla na základě soudního rozhodnutí zbavena způsobilosti k právním úkonům a opatrovníkem byl ustanoven její manžel. Autorka se na základě uvedených údajů v dostupné dokumentaci domnívá, že manžel paní Věry vykazuje také nějakou osobnostní problematiku. Jeví se jako více konfliktní osobnost. Klade zejména na svou manželku sociálně nestandardní nároky.

Po dobu hospitalizace v psychiatrické léčebně se jmenovaná s manželem nestýkala. Nepřála si s manželem hovořit, měla k němu výslovně negativní vztah. S dcerou a zetěm a ostatními pacientkami léčebny vycházela dobře. Manžel paní Věře po dobu její hospitalizace nedával žádné dárky a věci osobní potřeby. Byl jejím opatrovníkem a přebíral její invalidní důchod. Dával jí měsíčně kapesné ve výši 1 200,-Kč. Ani na žádost sociální pracovnice kapesné manželce nezvýšil. Část jejího důchodu ukládal na vkladní knížku a zbytek důchodu spotřebovával na domácnost. Část finančních prostředků paní Věry také použil na opravu automobilu, na kterém paní Věra úmyslně způsobila škodu.

V roce 2002 požádala paní Věra svého manžela, zda by nemohla odejít z léčebny do domácí péče. Ten s ohledem na svůj věk a chorobu své manželky žádost odmítl. Nebyl schopen se o svou ženu postarat, proto podal žádost o její umístění do zařízení sociální péče.

Paní Věra požádala o rozvod. V roce 2004 bylo manželství rozvedeno. Opatrovníkem paní Věry byla soudem ustanovena její dcera. V tomto roce byla z psychiatrické léčebny přijata do zařízení sociální péče.

Z poznatků autorky práce - paní Věra chodí čistá a upravená. Ráda se pěkně obléká. Ve svém sociálním prostředí se dobře orientuje. Má zhoršenou schopnost chůze, přesto ráda chodí na procházky, při kterých si obstarává nákupy. Není schopná si udržet v paměti nové poznatky. Akceptuje doporučení odborného personálu a aktivně se zapojuje. Zvládne metody, které jí umožní zapojit se do denních aktivit běžného života.

Je nekonfliktní, usměvavá. Občas se zajde podívat společně s ostatními klienty na televizi. Poslední dobou se její zdravotní stav zhoršil. Má bolesti nohou, hůře slyší.

Její dcera se zetěm jí občas navštěvují. Dcera s matkou udržuje pravidelný písemný kontakt. Snahou pracovníků je u paní Věry udržet sociální dovednosti a vztahy. Důležité pro ni je cvičení paměti a účast při zájmových aktivitách, pracovní terapii a účast na společenských akcích v zařízení i mimo něj.

V závěru této kazuistiky autorka práce uvádí příklad projevu zvláštního chování paní Věry, která v roce 2005 začala mluvit o svém příteli, který žije údajně v Praze a působí ve vysoké funkci na ministerstvu. Plánovala s ním společný život. Ale nestalo se tak, dle jejích slov, protože neměl urovnané rodinné poměry se svou stávající ženou. Paní Věra vede s domnělým přítelem čilou korespondenci. Jeden z dopisů dala přečíst sociální pracovníci (viz. příloha). Ta s údivem zjistila, že dopisy, které jí posílá onen přítel, jsou psány rukou paní Věry.

Dopis je přiložen jako příloha. Je z něj patrné, že vzniká bludná produkce kumulací přání paní Věry, ale to co přináší její schopnosti onemocnění je právě to, že svá přání nehodnotí jako přání, ale vnímá je jako skutečnost. Navíc je zřejmě nezvládnutá její vlastní úzkost, kterou ona vnímá, ale ne realisticky, jak symbolicky vyjadřuje křížem v záhlaví dopisu.

Závěrem můžeme konstatovat, že paní Věra byla do zařízení sociální péče umístěna z psychiatrické léčebny. Manžel již nezvládal pro svou ženu připravit podnětné prostředí, zejména vzhledem k jeho věku a navíc pro jejich vzájemné vztahy, které již byly velmi narušeny.

Sama není schopna se o sebe postarat. I přes farmakologickou léčbu není její choroba zcela bez bizarních příznaků. Vzhledem k tomu, že nemá náhled na svou chorobu má negativní přístup k užívání léků. Bylo by pro ni nebezpečné přestat medikaci užívat. Proto je potřeba, aby byla stále zajištěna pomoc další osoby.

Kazuistika č. 9 – pan Pavel

Diagnosa: paranoidní schizofrenie chronifikovaná

Z osobní anamnézy: pan Pavel se narodil v roce 1956, národnost česká, státní příslušnost ČR. V dětství byl často nemocný s angínou a zápallem plic. V roce 2000 utrpěl otřes mozku.

Z rodinné anamnézy: z dokumentace není o rodičích nic patrné. Pouze to, že otec zemřel v 66 letech na zápal plic a matka již rovněž zemřela. Klient má dva sourozence. Bratr žije v Kanadě a sestra v Praze. S panem Pavlem se nestýkají. Pouze sestra udržuje občasný písemný kontakt, někdy mu zašle balíček.

Z dokumentace sociální pracovnice, která šetřila tento případ vyplývá, že dětství údajně prožil harmonické. Vyučil se řezníkem. V tomto oboru pracoval několik let, avšak z dokumentace nelze vyčíst, jak dlouhou dobu.

Od svých 18 let byl léčen psychiatricky pro onemocnění schizofrenního okruhu. Byl opakovaně hospitalizován v psychiatrické léčebně. Z dokumentace lze vyčíst, že mu byl přiznán plný invalidní důchod před rokem 1996. Přesné datum nelze určit.

V tomtéž roce pan Pavel spáchal trestní čin. Nelze zjistit jakého rázu se čin týkal. Proti panu Pavlovi bylo zahájeno trestní stíhání. V průběhu přípravného řízení byl vypracován znalecký posudek v oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie a sexuologie z jehož závěrů vyplynulo, že v době páchaní trestné činnosti měl vymizelou schopnost ovládací a schopnost rozpoznávací podstatně sníženou. Usnesením Obvodního soudu pak bylo panu Pavlovi uloženo ochranné léčení psychiatrické v ústavní formě.

V roce 1999 Psychiatrická léčebna Bohnice požádala soud o přezkoumání způsobilosti k právním úkonům. Pan Pavel byl zbaven způsobilosti k právním úkonům a byl mu ustanoven veřejný opatrovník.

V roce 2005 byl jmenovaný propuštěn do ambulantního domácího léčení. V té době byl jeho stav stabilizovaný. Na tomto místě je vhodné uvést záznam ze zprávy sociální pracovnice, v pozici veřejné opatrovnice : “ *Pan Pavel byl dlouhodobě léčen v psychiatrické léčebně. Jeho*

zdravotní stav byl zklidněn a stabilizován, ale v žádném případě není schopen si své potřeby zajistit v samostatném bydlení. Není schopen si udržovat doma pořádek, zajistit si čisté prádlo, nakoupit a případně uvařit. Velkým problémem je jeho důvěřivost, na kterou se lepi různí lidé a využívají ho. Důležité pro jeho psychický stav je pravidelné užívání léků, což on sám není schopen dodržovat. V jeho případě je nutná každodenní asistence- pomoc další osoby. Umístění do zařízení sociální péče je pro něho jediný způsob zajištění důstojného života. „⁸³

Téhož roku byl pan Pavel na žádost opatrovníka umístěn v zařízení sociální péče.

Z běžného kontaktu s klientem je patrné, že je silný kuřák. Nosí na sobě oblečení, které je propálené od cigaret. Jeho řeč je nesrozumitelná. V mluvě drmolí, je zabíhavý, nekonkrétní. Jeho myšlení je ovlivněno bludným paranoidním obsahem. Je přesvědčen, že ho někdo pronásleduje a chce ho zabít. Tyto příznaky jsou tlumeny masivní psychiatrickou medikací. Pokud by předepsané léky přestal užívat či je zásadně omezil, je nepochybné, že by došlo k zásadnímu zhoršení schizofrenních příznaků, kdy paranoidní bludy a halucinace by měly zásadní vliv na jeho prožívání a chování.

Vzhledem k tomu, že pan Pavel nemá náhled nad svou nemocí, nepovažuje za důležité užívat léky a dále k výrazné přetrvávající schizofrenní symptomatologii je nadále nařízena ochranná léčba v ambulantní formě.

Závěrem autorka konstatuje, že z analýzy dokumentace je jasné, že u pana Pavla i přes intenzivní farmakologickou léčbu není jeho psychická porucha zcela pod kontrolou. Přetrvávají u něj příznaky, které ovlivňují jeho prožívání i chování. Z běžného denního kontaktu je zřejmé, že jeho chování se zásadním způsobem liší od normy. Je extrémně vznětlivý, egocentrický a vztahovačný. Má obtíže v sebeovládání a projevuje se nestandardními reakcemi na běžné podněty. Pro lepší představu bizarního chování pana Pavla, autorka uvádí příklad, kdy po ní pan Pavel požadoval zařídit opravu dioptrických brýlí. Tuto opravu si žádal zajistit v drogerii. Sociální pracovnice reagovala na žádost vysvětlením, že brýle nelze opravit, protože jsou natolik zničené, že oprava není reálná. Nabídla mu možnost nechat zhotovit brýle nové. Na tuto nabídku reagoval velmi vulgárním, agresivním projevem. Chtěl opravit brýle ihned a vyhrožoval, že sociální pracovníci zabije, tím způsobem, že jí vrazí sekeru do hlavy.

83 Záznam veřejného opatrovníka z roku 2005

Je tedy možné konstatovat, že pan Pavel nemá schopnost zvládnout život mimo zařízení sociální péče. Projevy jeho choroby jsou natolik závažné, že není možné, aby tento klient žil samostatně bez dopomoci další osoby.

Kazuistika č. 10 – paní Miluše

Diagnosa: paranoidní schizofrenie

Z osobní anamnézy: paní Miluše se narodila v roce 1953, národnost česká, státní příslušnost ČR. Vyrůstala ve funkční rodině. Absolvovala základní školu a dále nižší ekonomickou školu.

Z rodinné anamnézy: matka se narodila v roce 1932 a otec v roce 1930. Psychiatrická zátěž dle dokumentace nebyla zjištěna.

V době podání žádostí o umístění do zařízení sociální péče jejich dcery jim bylo přes sedmdesát let a oba žádali o umístění do domova důchodců.

Autorka práce zjišťuje analýzou spisové dokumentace, že paní Miluše je léčena na psychiatrii od roku 1973. Byla desetkrát hospitalizována v psychiatrických zařízeních z nichž několikrát utekla. Do roku 2006 žila ve společné domácnosti se svým manželem ve dvoupokojovém bytě, který zcela zdevastovala. Její manžel pro neúnosnost soužití s paní Miluší podal žádost o rozvod. Neustále ho fyzicky napadala a způsobovala mu různá zranění. Trestní oznámení na svou manželku však nikdy nepodal. Zajistil si bydlení a chtěl se odstěhovat. V dubnu roku 2006 však náhle zemřel.

Městská část v místě bydliště paní Miluše dala podnět pro zahájení řízení o úpravě způsobilosti k právním úkonům. Miluše byla rozhodnutím soudu zbavena způsobilosti a byl jí ustanoven veřejný opatrovník. Městská část začala pracovat s paní Miluší koncem měsíce března 2006. Během krátké doby opatrovník usoudil, že není schopna se sama o sebe postarat. Neustále rušila sousedy v domě, rušila noční klid křikem a nadávkami. V bytě byl značný zápach a nepořádek. Autorka uvádí pro představu úryvek ze záznamu sociálního šetření : *„Nespolupracuje, žije na smetišti, v neúnosných hygienických podmínkách, není schopna vyřídit jakoukoli triviální záležitost, nezvládá základní úkony /např. manipulaci s klíči od bytu/.“*⁸⁴

Pro své okolí byla neúnosná a nepřijatelná. Z dostupných záznamů ze šetření vyplývá, že paní Miluše byla nebezpečným agresorem, bez jakýchkoli zábran. Nebylo možné odhadnout, kdy

84 Zpráva opatrovníka ze spisové dokumentace 15.8.2006

podpálí byt nebo někoho zmrzačí. Z pohledu sociálního odboru se jednalo o těžkou sociální degradaci. Souběh negativních činitelů v jejím chování dosáhl takového stupně, kdy veřejný opatrovník nemohl pro Miluši zajistit nezbytnou 24 hodinovou pečovatelskou službu s psychiatrickým dohledem. Nebylo možno ji v domě snášet. Vzhledem k těmto skutečnostem podal veřejný opatrovník žádost o umístění paní Miluše do zařízení sociální péče.

Poznatky autorky práce, získané z analýzy spisové dokumentace a osobního kontaktu s klientkou. Paní Miluše byla do zařízení sociální péče umístěna od roku 2007, kdy jí bylo padesát čtyři let. Pro své bizarní chování a pravidelné útěky ze zařízení byla v roce 2008 byla krátce hospitalizována v psychiatrické léčebně. Z léčebny se vrátila stabilizovaná.

V současné době je umístěna na dvoulůžkovém pokoji. Většinu dne leží na lůžku. Chodí ven na drobné vycházky, které většinou spojí s nákupem potravin. Do zařízení jí jezdí navštěvovat její přítel. Chodí spolu na obědy do restaurace a na procházky. Vánoční svátky trávila paní Miluše v Praze u svého přítele. Do zařízení se z dovolené nevrátila v domluvené době, ale po písemném vyzvání se opět dostavila.

Závěrem kazuistiky autorka práce uvádí, že dle dokumentace a projevů chování v současné době, kdy jí je padesát šest let, není Miluše schopná činit samostatná rozhodnutí. Je nesoustředěná a roztěkaná. Projevují se u ní známky poruchy dlouhodobé paměti a neschopnost naučit se nové dovednosti. Určité situace si vykládá zkresleně. Má narušenou socializační schopnost. Klientka je při sebemenší výtce agresivní a nesnášenlivá. Uzavře se do sebe. Nedokáže navazovat uspokojivé osobní vztahy a nemá zájem o žádné sociální kontakty se svým okolím.

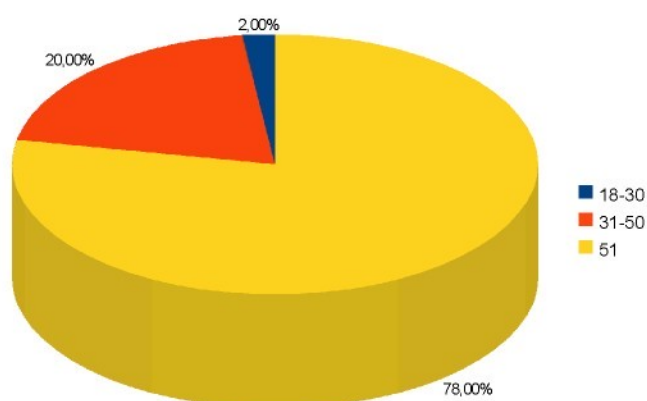
Z analýzy dokumentace se tedy autorka domnívá, že Miluše je člověk, který si udržuje svou emoční rovnováhu v útěku k minimalizaci sociálních kontaktů. Je podivínská, lhostejná a citově chladná. Na svou spolubydlící bývá verbálně agresivní.

Nemá náhled na svou chorobou. Neakceptuje léčbu. Není tedy možné, aby žila sama bez pomoci další osoby, jak již prokázala po smrti svého manžela. Pro lepší představu, jak paní Miluše žila v době, kdy neužívala pravidelně léky, přikládá autorka práce fotografickou dokumentaci bytu (viz. příloha).

3.4.2 Šetření vzorku 100 klientů v zařízení sociální péče

Hlavní předpoklad byl rozšířen o předpoklady pomocné. Výsledky jednotlivých předpokladů jsou níže uváděny v podkapitolách.

3.4.2.1 Počet klientů umístovaných do zařízení dle věkových kategorií



Modrá barva – věková kategorie 18-30 let

Červená barva – věková kategorie 31-50 let

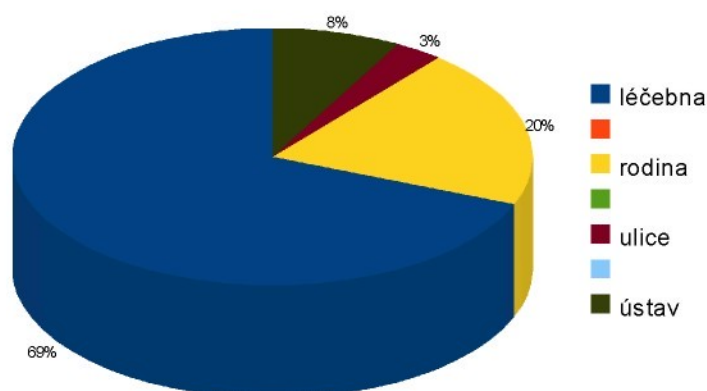
Žlutá barva – věková kategorie 51 a více let

Z tohoto grafu je patrné, že do zařízení sociální péče je umístováno největší procento klientů s diagnosou schizofrenie, ve věkové kategorii 51 a více let. Tato kategorie činí zhruba 78% přijímaných klientů. Nejmenší procentuální zastoupení 2% je ve věkové kategorii 18 – 30 let. Věková kategorie 31-50 let je v zařízení zastoupena 20%.

Lze předpokládat, že více jak polovina uživatelů sociálních služeb je do zařízení umístěna vzhledem k náročné péči o jejich osobu, kterou jejich rodina nezvládla.

Tento předpoklad nebyl potvrzen. Z průzkumu vyplývá, že s přibývajícím věkem roste počet přijímaných klientů do zařízení sociální péče. To znamená, že do zařízení sociální péči přichází klienti v době, kdy již nemají rodinu nebo rodina vzhledem k věku nemůže péči o nemocné dítě zajistit. Rodiče v produktivním věku ve většině případů péči zajistili. Tento fakt je patrný i z výše uvedených kazuistických studií.

3.4.2.2 Příchod klientů do zařízení



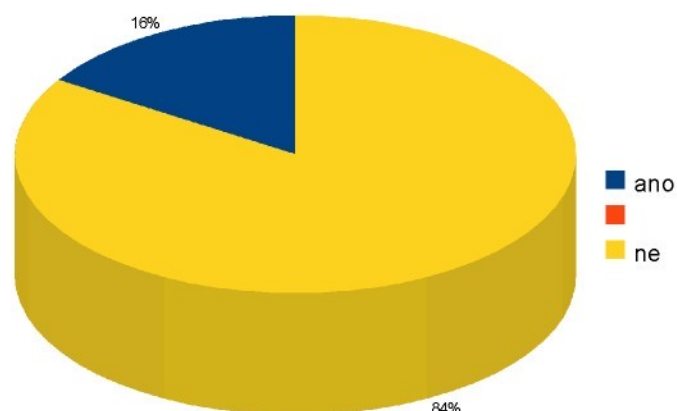
Z grafu je patrné, že 69 % klientů je do zařízení sociální péče umisťováno z psychiatrické léčebny. Pouze 20 % klientů přichází do zařízení z rodiny. Z jiného zařízení než je psychiatrická léčebna je přemísťováno pouze 8% klientů a 3 % klientů bez domova.

Jak je možné vyčíst z tohoto grafu, většina klientů do zařízení přichází z psychiatrické léčebny. Projevy jejich nemoci jsou natolik závažné, že tyto lidé ztrácí náhled na svou chorobou a není nikdo, kdo by se o takového člověka postaral. U klientů z nejpočetnější skupiny t.j 51 a více let, přijímaných do zařízení sociální péče, jsou rodiče ve věku, kdy již nejsou schopni zabezpečit ani vlastní potřeby, natož potřeby svých nemocných dětí.

Lze předpokládat, že více jak polovina uživatelů sociálních služeb je do zařízení umístěna vzhledem k náročné péči o jejich osobu, kterou jejich rodina nezvládla.

Ani v tomto případě nebyl předpoklad potvrzen. Tím, že není předpoklad potvrzen se otevírá prostor pro další zkoumání života lidí s onemocněním schizofrenie.

3.4.2.3 Schopnost hospodaření s finančními prostředky



Modrá barva grafu – počet klientů schopných částečně hospodařit s finančními prostředky

Žlutá barva grafu – počet klientů, kteří nejsou vůbec schopni hospodařit se svými finančními prostředky

Z tohoto grafu vyčteme, že 84% klientů umístovaných do zařízení sociální péče nemá schopnost hospodařit se svými finančními prostředky. Pouze 16% klientů je schopno částečně se svými prostředky hospodařit. Částečným hospodařením s finančními prostředky, je zde myšleno hospodaření se zůstatkem důchodu po zaplacení úhrady. Tento klient je schopen rozdělit zůstatek finančních prostředků na celý měsíc a nakupovat si věci osobní potřeby.

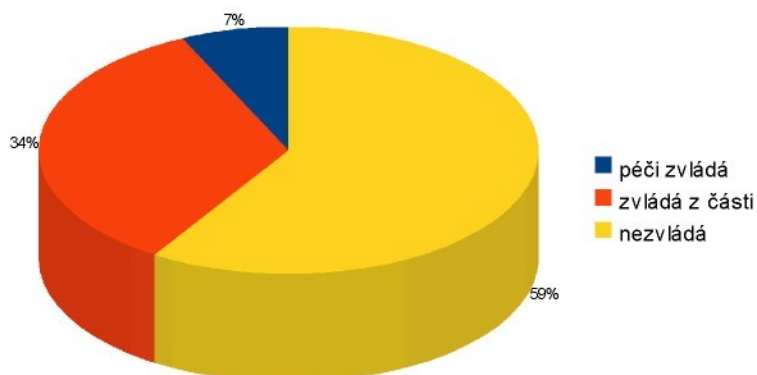
Z odborných zdrojů je známo, že káva a nikotin zmírňují nežádoucí účinky antipsychotických léků. Provedený výzkum názor odborníků patrně potvrzuje.

Největší závislost u respondentů průzkumu je právě na kávě a nikotinu. Je proto běžnou praktikou těchto lidí investovat veškeré finanční prostředky na získání těchto látek.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, nemají schopnost samostatně hospodařit se svými finančními prostředky, a to nejméně na hladině 60 %.

Pomocný předpoklad byl potvrzen. Z výzkumu vyplývá, že 84 % klientů s onemocněním schizofrenie není schopno hospodařit se svými finančními prostředky. V některých případech, jak ukazuje kazuistická studie, nejsou klienti schopni si zajistit finanční příjem vůbec.

3.4.2.4 Schopnost pečovat o vlastní osobu



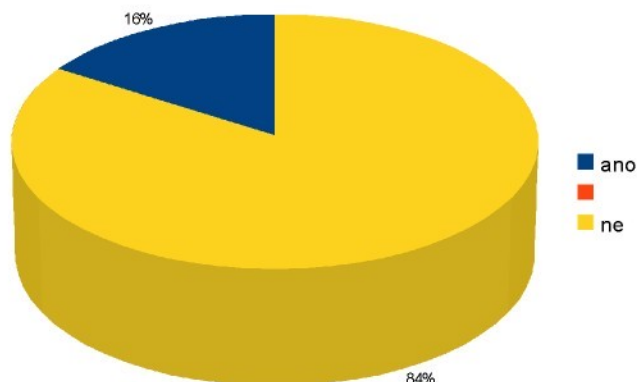
Tento graf ukazuje, že z celkového počtu respondentů je pouze 7 % klientů schopno zvládat zcela samostatně péči o vlastní osobu. O něco větší počet tedy 34 % klientů péči o svou osobu zvládne pouze z části a 59% klientů není schopno bez dopomoci další osoby tuto péči zvládnout vůbec.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, nezvládají péči o vlastní hygienu, a to nejméně na hladině 50 %.

Pomocný předpoklad byl potvrzen. Klienti s onemocněním schizofrenie nezvládají péči o vlastní osobu z 59 %.

U klientů s diagnosou schizofrenie je často pozorován zjevný nedostatek elánu nebo iniciativy. Ztrácí své nadšení nebo zájem o věci. Může dojít k výraznému poklesu motivace, stejně jako k poklesu zájmu nebo radosti ze života. V některých případech klienti tráví celé dny naprostým nicneděláním a zanedbávají přitom i základní hygienu.

3.4.2.5 Akceptování léčby



Modrá barva v grafu – počet klientů, kteří dobrovolně užívají léky

Žlutá barva v grafu – počet klientů, kteří léky bez dopomoci berou nepravidelně nebo vůbec

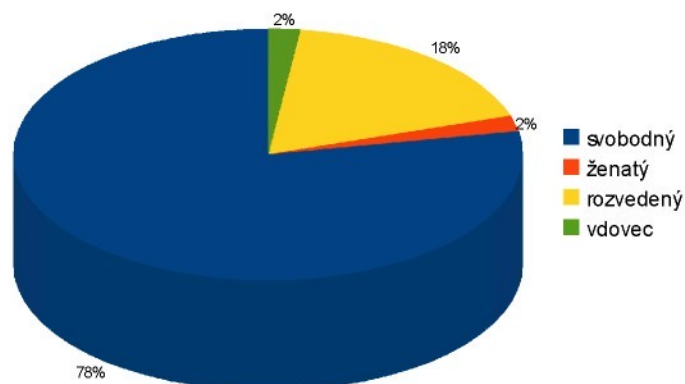
Z tohoto grafu je možné vyčíst, že 84% klientů, z celkové vzorku zkoumaných klientů, nemá schopnost samostatně bez dopomoci další osoby přijímat léky. Pouze 16% klientů je schopno přijímat léky bez dopomoci další osoby.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, nemají schopnost bez dopomoci pravidelně užívat medikamentózní léčbu a to nejméně na hladině 60 %.

Tento pomocný předpoklad byl potvrzen. Ve zkoumaném vzorku schizofrenních klientů nemá schopnost pravidelně užívat léčbu 84 % nemocných.

Schizofrenie je onemocnění, které nezbytně potřebuje odbornou léčbu. Zejména v akutní fázi je potřeba, aby nemocný užíval antipsychotika. Projevy choroby se díky medikaci zmírňují, i když úplně nevymizí. Pokud dojde k přerušení léčby, zdravotní stav se zhorší.

3.4.2.6 Rodinný stav



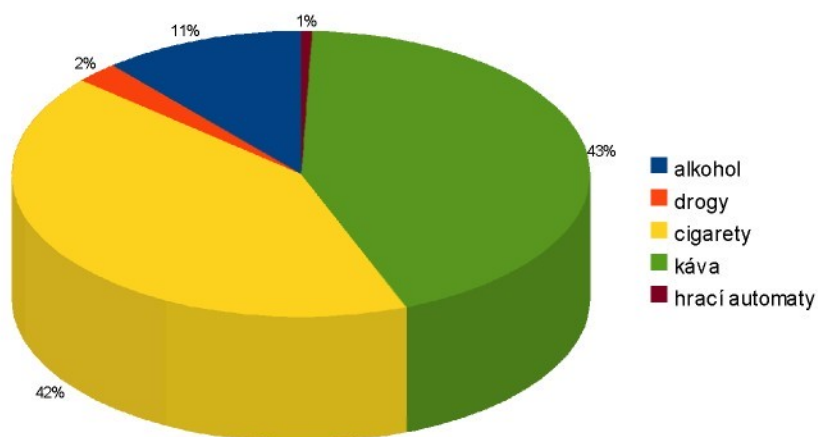
Z tohoto grafu je zřejmé, že většina (78 %) klientů přichází do zařízení sociální péče jako svobodní. 18 % klientů, z celkového počtu vzorku, jsou rozvedeni. Pouze 2 % klientů má stálého partnera. Vdovecký stav zastupuje 2 % z celkového počtu klientů.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, nezakládají vlastní rodinu, a to nejméně na hladině 70 %.

Tento pomocný předpoklad byl potvrzen. Výzkum ukázal, že schizofrenní nemocní jsou ze 78 % procent svobodní.

Vzhledem k tomu, že jedním z příznaků schizofrenie je nápadná uzavřenost nemocného a sklon k sociální izolaci je logické, že většina z nich není schopna navázat žádný partnerský vztah. Jak ukázal průzkum, tak ve většině případů dojde k navázání vztahu před vypuknutím choroby. Po jejím propuknutí většinou dojde k narušení či rozpadu rodinného soužití.

3.4.2.7 Nejčastější závislost



Z tohoto grafu je jasné, že nejčastější závislostí u klientů s onemocněním schizofrenie se projevuje v závislosti na kávu. Z celkového počtu respondentů je 43 % klientů závislých na konzumaci kávy. Dalším nejpočetnější závislostí jsou cigarety. Množství závislých na cigaretách z celkového počtu 100 respondentů je 42%. Na alkoholu je závislých 11% nemocných, na drogách jiného druhu 2 % a pouze 1% jsou klienti závislí na hracích automatech.

Lidé s onemocněním schizofrenie, ve sledovaném vzorku, jsou závislí na cigaretách a kávě, a to nejméně na hladině 50 %.

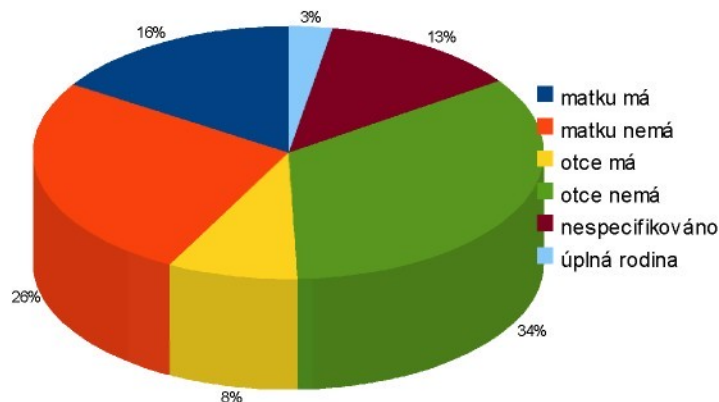
Tento pomocný předpoklad se nepotvrdil. Schizofrenní nemocní jsou ze 43 % závislí na kávě a ze 42 % na cigaretách.

Počet kuřáků mezi schizofreniky je vyšší než u celkové populace. Kouření je nejčastější forma užívání návykových látek jedinců se schizofrenním onemocněním.

3.5 Interpretace získaných dat

Cílem průzkumu bylo zjištění důvodů umístění klienta s diagnosou schizofrenie do zařízení sociální péče. K průzkumu byla použita metoda práce se spisovou dokumentací, analýza a syntéza spisové dokumentace.

Předpoklad, že více jak polovina uživatelů sociálních služeb s diagnosou schizofrenie je do zařízení umístěna vzhledem k náročné péči o jejich osobu, kterou jejich rodina nezvládla, nebyl výzkumem potvrzen. Průzkumem bylo zjištěno, že klienti jsou do zařízení sociální péče nejčastěji přijímáni ve věku 51 a více let. Pouze 3% klientů přichází do zařízení z úplné rodiny. Ostatní klienti nemají rodiče vůbec nebo pouze jednoho z nich. V tomto věku jsou rodiče již staří a nemohou zajistit vhodné prostředí pro nemocného potomka.



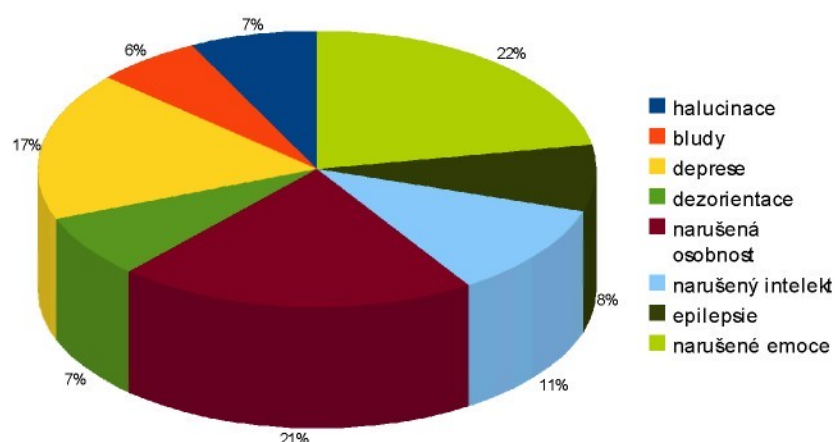
Z tohoto grafu vyplývá, že u většiny klientů v době příchodu do zařízení sociální péče, nežije ani jeden z rodičů. U 19 % klientů nebylo možné z analýzy spisové dokumentace zjistit žádné informace o rodičích. Pouze 3 % klientů v době přijetí do zařízení sociální péče má žijící oba rodiče. Jednoho z rodičů, a to matku, má 16 % klientů a otce má 8 % klientů.

Na příkladu kazuistické studie č. 1. je vidět, že pan Vladimír pocházel z harmonické rodiny. Prožil dětství s rodiči a sourozenci. Oba rodiče vystudovali střední školu stejně jako on sám. Projevy jeho nemoci byly natolik závažné, že musel být několikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně stejně tak, jako pan Josef, který svého otce nepoznal a matka se o něj nikdy nestarala. Z tohoto průzkumu je patrné, že vznik onemocnění není podmíněn převážně výchovou v rodině.

Vzhledem k projevům nemoci dokáže navázat vztah s životním partnerem pouze 2 % klientů a to většinou v době před propuknutím nemoci. Ze vzorku kazuistických studií se ukázalo, že o jednu klientku se manžel dokázal postarat do doby svého vlastního stáří a druhou klientku v době propuknutí nemoci manžel opustil. Autorka práce tedy z výsledků průzkumu usuzuje, že projevy schizofrenie jsou sice velmi závažné, ale pokud je pečující osoba schopna zajistit pro nemocného vhodné prostředí a motivuje ho k pravidelnému užívání léčby, není potřeba takového člověka urgentně umisťovat do zařízení sociální péče.

Pro názornost autorka předkládá výsledek výzkumu nejčastějších projevů u respondentů ve sledovaném vzorku.

Z toho grafu je možné vyčíst, že nejčastějšími příznaky schizofrenie jsou poruchy osobnosti.



Tyto příznaky se projevují u 21% klientů z celkového počtu respondentů. Dalším nejčastějším příznakem u takto nemocných lidí je porucha emotivity. U 17 % nemocných se narušené emoce projevují zejména depresemi. Pouze 7% klientů trpí halucinacemi a 6 % bludy. Autorka se domnívá, že toto malé procento je ovlivněno tím, že klienti do zařízení sociální péče přicházejí z psychiatrické léčebny a jejich zdravotní stav je pomocí léků stabilizován.

Jak průzkum dále ukázal, tak ve většině případů jsou klienti do zařízení umisťováni ve vyšším věku, kdy už rodiče nemají nebo mají pouze jednoho z nich. Tím se ukazuje, že v době, kdy jsou rodiče nebo příbuzní v produktivním věku, jsou schopni zvládnout náročnou péči o duševně nemocného člena rodiny. Nejčastějším důvodem k umístění jedince do zařízení sociální péče je tedy situace, kdy už nemocný nemá rodinu nebo jsou její členové ve věku,

kdy nezvládnou uspokojit své vlastní potřeby. Na otázku, zda je hlavním měřítkem pro samostatnost jedince se schizofrenií akceptace léčby, odpovídá autorka kladně.

Nemocný člověk trpící schizofrenií nemá náhled nad svou chorobou a tak se domnívá, že žádné léky nepotřebuje. Jeho zdravotní stav se pak zhoršuje a reakce bývají neadekvátní a nepředvídatelné. Chová se tak, jak aktuální situaci chápe a prožívá. Vlivem nemoci je pak takový člověk citově otupělý, apatický, podezřivý, agresivní a nedokáže adekvátně prožívat emoce. Jeho celkové chování je bizarní. Někteří nemocní mají tendence k sebepoškozování, sebezraňování, suiciditě. Vlivem nemoci často dochází dojit k celkové změně osobnosti, která se projeví proměnou osobnostních vlastností. Takoví jedinci pak nejsou schopni samostatného života a potřebují trvalou péči další osoby. Kazuistiky nám přiblížily a názorně ukázaly závažnost projevů poruch člověka se schizofrenií.

Jak se ukázalo ve všech těchto případových studiích, tak všichni klienti měli před přijetím potíže s navazováním kontaktů, hledáním zaměstnání a péči o sebe sama. Mohli fungovat pouze pokud byli v péči starostlivých rodičů, manželů, dětí. Ti se postarali o to, aby jejich nemocný člen rodiny užíval léky. V době, kdy tato péče ze závažných důvodů nemohla být dále poskytována, ani jeden z klientů ve zkoumaných případech samostatný život nezvládl, nejčastěji proto, že přestal užívat léky.

Zejména z kazuistiky č. 9 je patrné, jak závažné jsou projevy schizofrenie. I když je pan Pavel umístěn v zařízení, kde má pravidelnou péči a pravidelně užívá léky, není jeho choroba zcela pod kontrolou a jeho chování je stále bizarní. Samostatný život by v žádném případě nezvládl. Je nebezpečný sobě i okolí.

Bizarnost a nebezpečnost chování člověka se schizofrenií, který neužívá léky je také velice patrná z kazuistiky č.1, kdy pan Vladimír vyrobil explozivní balíček a ohrožoval jím své okolí.

Všechny případové studie prokázaly, že bez pravidelného užívání léků, pomoci při nakládání s finančními prostředky a pomoci s každodenními činnostmi, nemá člověk s diagnosou schizofrenie schopnosti postarat se sám o sebe. Tuto skutečnost dále potvrzují fotografie, které jsou přílohou této práce a které ukazují, jak tyto lidé pod vlivem své nemoci žijí. Jejich byty jsou často zdevastované, plné odpadků. Nedodržují základní hygienické návyky. Proto je ve většině případů umístění do zařízení sociální péče jediným možným řešením, aby takto nemocný člověk žil důstojným životem.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou umisťování klientů s diagnosou schizofrenie do zařízení sociální péče. Předkládaná práce chce, alespoň přibližně zmapovat důvody, proč jsou lidé se schizofrenií umisťováni do zařízení a zda je hlavním důvodem jejich závislosti na péči další osoby neakceptace léčby.

V teoretické části bylo stručně popsáno rozdělení zařízení sociálních služeb, základní odborné informace o schizofrenii, její etiologie, projevy, průběh onemocnění, formy, sociální důsledky. Závěr teoretické části práce se věnuje popisem rodiny a její funkce. V praktické části byly pomocí práce se spisovou dokumentací zjišťovány důvody, proč jsou lidé s diagnosou schizofrenie umisťováni do zařízení sociální péče. Jakým životem a v jakých podmínkách tito lidé žili před nástupem do zařízení, zda bydleli samostatně či ve společné domácnosti s rodinou nebo dalšími osobami, jaké byly projevy jejich onemocnění, zda byli schopni zvládnout péči o vlastní osobu. Metoda analýzy spisové dokumentace byla doplněna o rozhovor a pozorování, neboť projevy této nemoci jsou natolik závažné, že pro jejich vystižení nestačí pouze analýza a chronologie tvrdých dat. Pro lepší představu, jak závažná je problematika nemocných schizofrenií, autorka u deseti klientů použila metodu případové studie.

Do domova se zvláštním režimem přichází klienti nejčastěji ve věku 51 a více let. V tomto věku již ve většině případů není nikdo z rodiny, kdy by se mohl o nemocného postarat. Projevy schizofrenie jsou natolik závažné, že nemocný ztrácí náhled na svou chorobu a nepovažuje tedy za důležité užívat léky. Tím často dochází k opakovaným atakám onemocnění a následně k degradaci osobnosti klienta. Člověk je dezorientovaný, často trpí depresemi, paranoiditou a může být i agresivní. Není schopen navázat sociální ani partnerské vztahy. Většina z nich zůstane svobodných a těm, kterým se podaří navázat partnerský vztah se většinou nepodaří tento vztah udržet.

Velká část nemocných zneužívá návykové látky. Nejčastěji zneužívanou látkou u klientů trpících schizofrenií je nikotin. Jak je uvedeno v teoretické části práce, někteří odborníci tvrdí, že nikotin částečně odbourává nežádoucí účinky antipsychotik. Průzkum potvrdil, že 42% přijímaných klientů je závislých na cigaretách. Autorka práce se tedy domnívá, že tvrzení odborníků se tímto částečně potvrzuje.

Ve většině případů je jediným zdrojem příjmu nemocných invalidní důchod. Vzhledem ke své závislosti na cigaretách je jejich prioritou zakoupení této drogy. Na ostatní poplatky a živobytí jim nezůstává dostatečné množství finančních prostředků. Proto pak není výjimkou, že tito lidé kradou a žebrají. Dostávají se na okraj společnosti. Jejich bizarní chování je obtížné, nebezpečné nejen pro blízké okolí, ale i pro ně samotné.

5 NÁVRH OPATŘENÍ

Hlavní předpoklad práce se nepotvrdil, ale vlastně se díky zkoumání této otázky se objevuje ta skutečnost, že člověk s onemocněním schizofrenie se po odchodu z rodiny dostává do jakéhosi provizorního prostředí, ve kterém jsou jeho životní osudy natolik tristní, že až další závažné sociální problémy, na něj upozorní. Až v této době se jeho situace začne řešit a nemocný s diagnosou schizofrenie se dostává do zařízení sociální péče. To, je možné hodnotit jako deficit péče o nemocné spoluobčany. Bylo by třeba, aby odbory sociální péče předcházely tomu, aby člověk se schizofrenií musel být vystaven „deficitním sociálním mezipobytem“, než se dostane do zařízení, kde mu bude poskytnuta péče. V tomto mezidobí nemocný mnohdy ohrožuje nejen svůj život, ale i životy druhých lidí a navíc je jeho existence spjata s významnými ekonomickými deficity.

Autorka práce se domnívá, že je velmi důležité, aby se pozornost soustředila na možnosti prevence. Jednou z možností je sledování časných varovných signálů, které se u schizofrenie projevují, zejména podrážděnost, úzkost a zhoršený spánek. Včasné podchycení těchto příznaků u člověka nemocného schizofrenií může být rozhodující v zabránění relapsu. Snížením množství relapsů se předchází procesům, které vedou ke zhoršení celkového stavu nemocného.

Základem prevence je spolupráce nemocného s lékařem. Důležitým opatřením prevence je pravidelné užívání léků, které by mělo být i v době remise.

Dalším preventivním opatřením je snaha minimalizovat stres v okolí nemocného. V dnešní hektické době je to sice velmi náročný úkol, avšak důležitý. Stresům lze předcházet. V případě neodvratného stresu je dobré požádat o podporu psychiatra.

Jedním z dalších preventivních opatření je psychosociální intervence. Je to podpůrná metoda, která má za cíl zlepšovat náhled na nemoc, zlepšovat komunikační a sociální dovednosti a zmírňovat negativní i pozitivní příznaky onemocnění.

Důležitou součástí prevence je osvěta lidí v okolí nemocného, zejména jeho rodiny. Rodina by měla být v kontaktu s psychiatrem. Měla by být seznámena s důležitostí pravidelného užívání léků. Dobré rodinné zázemí a motivace nemocného hraje také významnou preventivní roli.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. 1. vyd. Praha : Maxdorf 2005.
ISBN 80-7345-056-9

DUDÁK, V. *Občanská nauka*. 1.vyd. Praha: SNP 2005. ISBN 80-7235-4

HORÁČEK, J. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Amepra 2003.
ISBN 80-86694-01-1

JANDÍK, A., DUŠEK, K. *Diagnostika duševních poruch*, Praha: Avicenum 1987.

LIBIGER, J. *Schizofrenie*. 1. vyd. Praha: 1991, ISBN 80-85121-13-1

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál 2001.
ISBN 80-7178-563-6

MAHROVÁ, G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Praha: Grada 2008.
ISBN 978 – 80 – 247 - 5

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd.1. Praha: Portál 2003.
ISBN 80-7178-848-2

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*.
Praha: Grada 2006. Publishing. ISBN 80-247-1362-4

NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce*. Liberec : Technická univerzita v
Liberci, 2004. ISBN 80 – 7083 – 890 - 6

PEŠATOVÁ, I. *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*
vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2005., ISBN 80-7083-985-6

MATĚJÍČEK, Z., LAMNGEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama
1986, ISBN 11 – 060 – 86

MOTLOVÁ, L. *Schizofrenie: Neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén 2004
ISBN 80-7262-277-3

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*
Praha : MAXDORF 1996, ISBN 80-85800-33-0

SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál 2006.
ISBN 80-7367-154-9

VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta, 2003. 443 s.
ISBN 80-7320-063-5

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese* vyd. 2. Praha: Portál 1999, ISBN
80-7178-496-6

ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum 1997.
ISBN 80-7184203-6.

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Fotografická dokumentace bytu (viz. text str. 32)

Příloha č. 2: Fotografická dokumentace bytu (viz. text str.32)

Příloha č. 3: Záznam rozhovoru s schizofrenním nemocným (viz. text str. 40)

Příloha č. 4: Produkt lidské činnosti - obrázek 1 (viz. text str. 40)

Příloha č. 5: Produkt lidské činnosti - obrázek 2 (viz. text str.40)

Příloha č. 6: Produkt lidské činnosti - text 1 (viz. text str.40)

Příloha č. 7: Produkt lidské činnosti - text 2 (viz. text str.40)

Příloha č. 8: Kopie dopisu - klientky zařízení sociální péče (viz. text str. 48)

Příloha č. 9: Fotografická dokumentace bytu (viz. text str. 52)

Příloha č.10: Fotografická dokumentace bytu (viz. text str. 52)

Příloha č.11: Pozorovací záznamová tabulka (viz. text str. 25)