

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Beata Hrdličková

*Místo sociálního pracovníka v ucelené rehabilitaci
osob trpících schizofrenií*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová Ph.D.

2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 18. 4. 2012

Beata Hrdličková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především vedoucí práce Mgr. Haně Krylové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Děkuji také za trpělivost a vstřícný přístup v rámci naší spolupráce. V neposlední řadě děkuji také mým spolužákům a všem mým blízkým, kteří mě při psaní práce podporovali.

Obsah

Úvod.....	6
1. Schizofrenie.....	8
1.1 Etiologie schizofrenie.....	9
1.2 Příznaky, diagnostika a průběh.....	11
1.2.1 Poruchy vůle a volního jednání.....	14
1.2.2 Porucha emotivity.....	15
1.2.3 Diagnostika onemocnění.....	15
1.2.4 Průběh onemocnění.....	17
1.3 Formy schizofrenie.....	18
1.4 Léčba schizofrenie.....	19
2. Ucelená rehabilitace.....	21
2.1 Pojem ucelená rehabilitace.....	21
2.1.1 Vývoj ucelené rehabilitace na území ČR.....	21
2.2 Právní ukotvení ucelené rehabilitace.....	23
2.3 Cíl ucelené rehabilitace.....	23
2.4 Složky ucelené rehabilitace.....	24
2.5 Ucelená rehabilitace osob se schizofrenií.....	25
2.6 Zdravotní rehabilitace.....	25
2.6.1 Zařízení zajišťující zdravotní rehabilitaci.....	28
2.7 Psychologická rehabilitace.....	29
2.7.1 Metody psychologické rehabilitace.....	29
2.8 Sociální rehabilitace.....	32
2.8.1 Metody sociální rehabilitace.....	33
2.8.2 Formy poskytování sociálních služeb.....	35
2.9 Pracovní rehabilitace.....	36
2.9.1 Metody pracovní rehabilitace.....	36
2.9.2 Formy pracovní rehabilitace.....	37

2.10	Pedagogická rehabilitace.....	38
2.11	Rehabilitační team.....	39
3.	Místo sociálního pracovníka v teamu ucelené rehabilitace.....	41
3.1	Sociální práce	41
3.2	Sociální pracovník.....	42
3.3	Kompetence sociálního pracovníka při práci s klienty se schizofrenií .	42
3.4	Postavení sociálního pracovníka v rehabilitačním teamu	43
3.4.1	Rovná pracovní pozice členů teamu	44
3.4.2	Sociální pracovník na straně klienta.....	44
	Závěr.....	46
	Bibliografický seznam.....	48
	Přílohy	53

Úvod

Problematika duševního onemocnění, přesněji schizofrenie se netýká pouze osoby, která jím trpí, ale celé společnosti. Velmi důležitý je postoj, který k tomuto onemocnění společnost zaujímá a míra její informovanosti, která je v dnešní době, i přesto, že se vyznačuje masovou komunikací, stále nízká. Je přirozené, že se lidé bojí a straní toho, co je pro ně neznámé, ale u schizofrenního onemocnění je důležité, aby se stalo známým a lidé se přestali bát a vyhýbat osobám, které tímto onemocněním trpí a to především v zájmu těchto osob.

Schizofrenie je onemocnění, postihující osobu zvláště ve sféře psychologické a sociální. Fyziologická sféra člověka není zasažena v takové míře a tím se liší od většiny tělesných onemocnění a je proto nutné, aby rehabilitace osob, které nesou břímě této nemoci, probíhala na všech těchto úrovních a takový postup může zajistit právě ucelená rehabilitace. V České republice se začíná ucelené rehabilitaci věnovat pozornost a to jak ze strany ministerských resortů, tak i ze strany občanské společnosti.

Z výše uvedeného textu vyplívá cíl této bakalářské práce, který poskytuje pohled na ucelenou rehabilitaci osob trpících schizofrenií, a to ze stanoviska každé části ucelené rehabilitace a na vymezení sociální práce. V dnešní době je péče o klienta se schizofrenií uskutečňována hlavně na úrovni léčebné, která nebere v potaz další důležité sféry lidského života. Prostřednictvím této práce bych chtěla upozornit na důležitost zaměření se na všechny sféry jedince, a to především na to, jak je pomoc a podpora v těchto sférách poskytována a jakou formou. Informace mohou sloužit odborníkům, kteří se specializují na jednotlivé sféry, k inspiraci a spolupráci, tedy k vytvoření multidisciplinárního teamu, a tím k zajištění komplexnější péče osobám trpícím schizofrenií. Text může sloužit taktéž i neodborné veřejnosti, které je z jakýchkoliv důvodů tohle téma blízké. Práce se zaměřuje i na vymezení kompetencí a činností sociálního pracovníka, které uplatňuje v konceptu ucelené rehabilitace.

Práce se skládá ze tří kapitol, ve kterých jsou shrnuty informace o schizofrenii, povaze ucelené rehabilitace a metodách užívaných u osoby trpící schizofrenií. V další části popisují profesi sociálního pracovníka a místo, jaké může zastávat v rehabilitačním teamu.

První kapitola je věnována vymezení schizofrenního onemocnění, jeho vzniku, průběhu, příznakům a léčbě. Pokud se lidé v rámci své odborné působnosti setkávají s lidmi trpícími schizofrenií, tak je důležité znát povahu, formy a především projevy nemoci, které jsou pro každý druh nemoci a každého klienta specifické. Ve druhé kapitole se blíže věnuji obecnému pojetí ucelené rehabilitace, jejímu vývoji na území ČR, právnímu ukotvení a v neposlední řadě také cílům, které ucelená rehabilitace sleduje, a také ucelené rehabilitaci osob s duševním onemocněním, jejím složkám a rehabilitačnímu teamu. Poslední část je zaměřena na postavení sociálního pracovníka v rehabilitačním teamu, rozsahu jeho kompetencí a činností v oblasti péče o osoby trpící schizofrenií.

1. Schizofrenie

Schizofrenie je onemocnění, které se řadí do okruhu psychóz. Je to specifické a velmi závažné onemocnění, které má mnoho podob, závislých na osobnostních rysech jedince. V této kapitole si vymežeme schizofrenii, uvedeme její příznaky, diagnostiku, průběh a nastíníme léčebné metody, které se užívají k léčbě schizofrenie.

Schizofrenie je vážná duševní porucha, která zasahuje celou osobnost jedince. Působí na myšlení, vnímání, také na emoce a osobní integritu nemocného. (srov. Vágnerová, 2004, s. 333)

Schizofrenické poruchy jsou podle platné desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) charakterizovány jako podstatné a typické deformace myšlení a vnímání, přičemž afekty jsou přiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita osob trpících schizofrenií jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu onemocnění vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, jejich vysílání, bludy a halucinace. (srov. www.uzis.cz, 2011)

Z těchto definic můžeme rozpoznat, že osobnost jedince je opravdu zasažena ve všech sférách. Ovlivňuje jak myšlení i vnímání, tak prožívání osoby a tyto změny ústí do různých okamžiků, které probíhají v životě jedince. Nemoc ovlivňuje více oblastí, než pouze psychickou. Také závažně ovlivňuje oblast sociální. Oblast fyzického zdraví na první pohled nemoc neovlivňuje, ale časem jsou lidé trpící schizofrenií často rychle unavitelní, nevykonní, pomalí a fyzicky slabí a velmi těžko snášejí fyzickou zátěž (srov. Kučerová, 2010, s. 10).

Schizofrenie postihuje lidi odedávna, akorát v průběhu času prochází vývojem, a to jak její pojetí, tak i léčba. Například již starý fragment z Ajurvédy starý 3 400 let popisuje stav, který je způsoben děblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, ztrátami paměti a nezvyklými způsoby pohybu. Za zmínku také stojí Aretaios z Kappadokie, lékař působící v 1. st. n. l., popsal psychický stav, který se vyznačoval zhlouplostí, nechápavostí a zhloubaností. V dnešní terminologii lze pro tyto stavy nalézt ekvivalentní název a to například mutismus, stupor a jiné. V r. 1896 v pátém vydání své učebnice psychiatrie shrnul Emil Kraepelin jednotlivé poruchy popsané jeho

předchůdci do jediného okruhu, který nazval „dementia praecox“, což je latinský název pro předčasnou demenci. (srov. Smolík, 2002, s. 148-150)

V roce 1911 upozornil Eugen Bleuler, že ne vždy jsou příznaky popsané Kraepelinem pravdou a navrhl označení schizofrenie, které má označovat, že dochází k rozštěpu a rozpolcenosti jednotlivých psychických funkcí, které mají za následek narušení celé integrity osobnosti nemocného. (srov. Vágnerová, 2004, s. 333)

1.1 Etiologie schizofrenie

Předpokládá se, že schizofrenie není způsobována pouze jedním faktorem, tudíž její etiologie je považována za multifaktoriální. Nejčastěji se pracuje s modelem, kdy je jedinec specificky zranitelný po fyzické stránce. Prokázány také byly různě narušené spoje mezi oblastmi mozku. Nejčastěji je v této teorii udáváno, že porucha je vyvolána různě intenzivní zátěží, která může na jedince působit v rovině biologické, genetické, psychosociální nebo může mít své původce v zevním prostředí, které jedince obklopuje. Smolík (2002) uvádí šest faktorů, které mohou mít vliv na rozvoj schizofrenie. K určení těchto faktorů napomohly mnohé studie, které obsahují současné poznatky, např. z genetiky, biochemie apod. V následujícím textu se budu zběžně věnovat každé ze šesti oblastí. (srov. Smolík, 2002, s. 165)

Genetické studie se zaměřovaly především na přímé příbuzné, dvojčata a studie adoptovaných dětí. Bylo zjištěno, že se dají geneticky předávané informace považovat za predispozici k onemocnění schizofrenií. Převažuje názor o polygenní teorii schizofrenie, co znamená, že se predispozice předávané geny sčítají a tyto okolnosti tomu nasvědčují - výskyt onemocnění v případě, že jsou oba rodiče, závažněji postižené osoby mají v rodinné anamnéze více nemocných příbuzných, než ti, kteří jsou méně závažně postižení. Riziko onemocnění se zmenšuje s nižším počtem sdílených genů. (srov. Smolík, 2002, s. 166)

Mezi další faktory, které se podílejí na vzniku schizofrenního onemocnění, můžeme zahrnout biochemické procesy v mozku. Nejčastěji zmiňovanou biochemickou příčinou vzniku schizofrenie je působení dopaminu v různých částech mozku. Levopoda, což je částice, která vzniká chemickou přeměnou dopaminu, může způsobit zhoršení anebo nové vzplanutí nemoci, které také můžou způsobovat látky blokující přeměnu dopaminu na noradrenalin. Noradrenalin je zodpovědný za

zvýšenou senzitivitu vůči sensorickým vjemům. Hladina noradrenalinu je u lidí trpících schizofrenií zvýšená. (srov. Smolík, 2002, s. 167)

Další teorií, která je relevantní při vzniku onemocnění je infekční teorie. Některé neuropatologické změny u osob se schizofrenií by mohly svědčit pro infekci pomalými viry, jako jsou glióza (množení podpůrných buněk nervové tkáně) apod. Infekční teorii by také mohla podporovat zjištění o perinatálních komplikacích a sezónních charakteristikách dat narození. Zvláštní abnormality mozku a těla se mohou také podílet na vzniku onemocnění. Tyto abnormality se týkají různých odchylek v mozku a těle, které byly vyvozeny na základě pozorování výsledků testů osob trpících schizofrenií ve srovnání s lidmi zdravými. Týkají například struktury mozku, průtoku krve frontálním lalokem, výskytem atypických lymfocytů. Pro tyto pozorování jsou používána zdravotnickým personálem různá zařízení, jako je počítačová tomografie, elektroencefalogram či měření průtoku krve. (srov. Smolík, 2002, s. 168)

Dnešní věda také předpokládá, že na vzniku onemocnění se podílejí psychosociální a psychodynamické faktory. Psychosociální faktory mohou být rozděleny do tří sfér. Jako první bych uvedla individuální vývoj každého jedince. V minulosti byly hojně užívány k vysvětlení vzniku schizofrenie různé psychoanalytické modely, od kterých se v dnešní době již odpouští. Nyní jsou zkoumány spíše vazby matky a dítěte do určitého věku, či přizpůsobení se sociálním rolím. Další sférou může být vývoj v rodině, kde se klade důležitost na vazby v rodině a vztahy mezi rodinnými příslušníky. Poslední sférou je vývoj ve společnosti a v okolním prostředí, kde mohou nepříznivé společenské jevy vyvolat vývoj schizofrenní poruchy. V této souvislosti bylo zkoumáno několik sfér, které mohou nepříznivě ovlivňovat vývoj nemoci. Jedná se především o hustotu populace, socioekonomický status, datum narození a další faktory, jako jsou stres, apod. (srov. Smolík, 2002, s. 170-171)

Psychodynamické faktory se týkají především vnitřních zážitků a zkušeností pacienta a jeho obranných mechanismů, které užívá při vypořádávání se s doprovodnými afekty nemoci. Tyto obranné mechanismy mohou být například psychotická projekce, kdy jsou vnitřní pocity agrese, chaosu apod. projektovány jako síly, které působí na pacienta zvenčí. Reaktivní formování je převrácení myšlenek či

podnětů v pravý opak a psychotické odnímání, které je transformací nevyžádaných jevů, či podnětů do halucinací a bludů. (srov. Smolík, 2002, s. 171)

I přesto, že zde máme zběžně uvedených šest okruhů, které mohou působit na rozvoj nemoci a mohou být jejími příčinami, tak stále nebylo pevně určeno, zda jsou tyto jevy původci, či průvodci onemocnění. Dle Smolíka může trvat doba, než budou známy rozhodující faktory, ještě hodně dlouho. (srov. Smolík, 2002, s. 171)

1.2 Příznaky, diagnostika a průběh

Výčet příznaků, které se objevují u schizofrenie, je podle mne důležitou informací pro každého, kdo se s ní zabývá na jiné úrovni, než je psychiatrická či psychologická, kde jsou hlavními diagnostickými kritérii pro určení okruhu onemocnění. Příznaky a jejich znalost nám mohou pomoci porozumět, jak onemocnění působí na člověka a v čem ho tak zásadně ovlivňuje a znevýhodňuje a díky tomuto poznání poskytnout přiměřenou sociální intervenci.

Příznaky nemoci rozdělil Kurt Schneider (in Smolík, 2002) na příznaky prvního řádu a příznaky druhého řádu. Ty příznaky, které patří do prvního řádu, jsou pomocné při stanovování diagnózy schizofrenie. Patří sem ozvučování myšlenek, slyšení hlasů ve formě konverzace nebo diskuze, slyšení hlasů, které doprovázejí vlastní počínání poznámkami, tělesné prožitky ovlivňování, odnímání myšlenek a jejich ovlivňování, bludné vnímání, všechny další prožitky, že jsou někým jiným ovlivňované vůle, emoce, impulzy. Příznaky druhého řádu zahrnují ostatní smyslové klamy, bludné nápady, bezradnost, popletenost, depresivní a euforické rozlady či prožitky citového ochuzení apod. (Smolík, 2002, s. 151 - 152)

Autorem klasifikace pozitivních a negativních příznaků je T. J. Crow, který v roce 1980 navrhl rozdělení příznaků na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou charakterizovány zvýšenou činností nebo zkreslením funkcí, mezi které řadíme vnímání, komunikaci a řeč, chování či možnost úsudku. Objevují se především v akutní fázi onemocnění. Negativní příznaky znamenají výrazné oslabení anebo ztrátu funkcí, kterými jsou emotivita, myšlení či iniciace cílevědomého chování. Na rozdíl od předchozího rozčlenění není dělení příznaků na negativní a pozitivní uvedeno v diagnostických materiálech DMS-IV-TR či v MNK-10, tudíž nejsou

vyžadovány pro posuzování a diagnostiku schizofrenního onemocnění.(srov. Smolík, 2002, s. 154)

1.2.1 Poruchy kognitivních funkcí

Poruchy kognitivních funkcí se řadí mezi pozitivní příznaky a nejčastěji se objevují v akutní fázi onemocnění. Kognitivní (rozpoznávací) funkce jsou nejvíce narušeny v rovině vnímání a myšlení.

Porucha vnímání

Porucha vnímání je charakteristická halucinacemi. Jsou to klamné vjemy, které nejsou při vzniku závisle na vnějším podnětu. Nemocný je přesvědčen o pravosti těchto vjemů a tím může být ovlivněno jeho chování. U pseudohalucinací si je nemocný vědom jejich nepravosti, nevěří jim. Halucinace s sebou nesou dezorientaci ve vlastním životě a ve světě. Můžeme je rozdělit podle toho, který smysl jedince postihují, a to na sluchové, zrakové, tělové, pohybové atp. (srov. Vágnerová, 2004, s. 337)

Sluchové halucinace se nejčastěji projevují u paranoidní schizofrenie, kdy nemocný slyší hlasy, které mu mohou přikazovat, komentovat jeho chování či mu sdělovat informace. Halucinace také mohou nabýt formu intrapsychickou, kdy je nemocný přesvědčen o tom, že myšlenky či pocity nemocného jsou implantovány nebo odnímány například třetí osobou. Zrakové halucinace obsahují přítomnost různých osob nebo zvířat atp. U tělových halucinací je pacient přesvědčen, že se jej někdo dotýká. (srov. Vágnerová, 2004, s. 333)

Porucha myšlení

Narušení myšlení se týká obsahu, formy myšlení či jeho dynamiky.

Obsah myšlení je u nemocného trpící schizofrenií „zrcadlem“ jeho světa halucinací a bludů. Blud je nevyvratné a mylné přesvědčení nemocného, které ovlivňuje jeho chování. Stejně jako halucinace mohou mít bludy různý obsah, avšak většinou jsou zde přítomné osoby či bytosti, které mohou dotyčného pronásledovat (paranoidní blud perzekuční) nebo jej kontrolovat či ovlivňovat například vkládáním či odnímáním myšlenek atp. Neméně obvyklými jsou i bludy reformátorské či spasitelské, kdy je nemocný přesvědčený, že byl například vybrán ke spasení lidu. (srov. Vágnerová, 2004, s. 334)

Existuje velké množství zaměření a obsahů bludů, protože vychází z osobnosti jedince, promítá se do nich vztah k sobě samému a orientace ve světě kolem nemocného. Dalšími možnými bludy mohou být megalomanické (přesvědčení např. o nadlidské moci), mikromanické (často spojeny s myšlenkou o bezvýznamnosti bytí), a mnoho dalších. (srov. tamtéž)

Charakteristickými patologickými poruchami formy myšlení jsou zpomalené myšlení a zrychlené myšlení. Zpomalené myšlení se vyznačuje tím, že myšlenkový proces jedince navazuje až na silnější podněty, celkově myšlení není spontánní a je přítomen pouze malý počet asociací. Pokud jsou s myšlením zpomaleny i ostatní psychické funkce mluvíme o bradypsychismu (zpomalená řeč a dlouhé proluky mezi slovy). Klinickým opakem zpomaleného myšlení je zrychlené myšlení, které se vyznačuje zrychlenými asociacemi a celkovou povrchností myšlení. (srov. Horáček, 2004, s. 321)

Poruch struktury myšlení je popsáno větší množství, proto jsem vybrala pouze ty, které mají podle autora spojitost se schizofrenií. Jedná se především o dyslogické, inkoherní, obsedantní, autistické, paranoidní a magické myšlení a také o rezonérství. Dyslogické myšlení se vyznačuje narušenými logickými vazbami, kdy na sebe myšlenky navazují pouze podle náhodných a nelogických asociací. Inkoherní, tzv. nesouvislé myšlení, je charakteristické narušením struktury i obsahu myšlení, které se v řečovém projevu vyznačuje tím, že slova a věty spolu nejsou spojeny a stojí neskloubené vedle sebe. Obsedantní myšlení se projevuje vtíravými myšlenkami, které jsou vůli nepotlačitelné. Autistické myšlení je charakteristické rozporom mezi subjektivní a objektivní realitou. Je to myšlení plné fantazií a chorobných obsahů, kterému nemocný přikládá subjektivní důležitost. Při paranoidním myšlení nemocný přikládá neutrálním jevům v jeho okolí zvláštního významu. Magické myšlení se projevuje přikládáním různého významu symbolům v okolí, které jsou pro ostatní lidi nevýznamné či neutrální. Rezonérství je tzv. „plané mudrování“, které se objevuje speciálně u hebefrenní schizofrenie. Je charakteristické neplodnými úvahami o bezvýznamných věcech, či obecně známých skutečnostech. (srov. Horáček, 2004, s. 321 - 322)

Poruchy verbálního projevu jsou úzce spjaty s poruchou myšlení. Mohou se projevovat jako nesouvislá, nesmyslná či ochuzená řeč. Extrémní variantou poruchy

je zcela nesouvislá mluva, kdy mezi slovy, které pacient užívá, nejsou žádné spojitosti. V chronické fázi onemocnění se již spíše jedná o ochuzení slovní zásoby a verbální produkce celkově. (srov. tamtéž)

1.2.2 Poruchy vůle a volního jednání

Mezi konativní funkce patří vůle a volní jednání. Vůle je schopnost určení si cíle a aktivace prostředků pro jeho dosažení, zatímco volní jednání je právě ta aktivita, která je zaměřena na určitý cíl. Volní jednání je výsledkem správné činnosti všech psychických funkcí. (srov. Horáček, 2004, s. 328) Opět je v textu, ze kterého čerpám nepřeborné množství poruch spojených s vůlí a volním jednáním, proto vyberu pouze ty, které autor výslovně spojil se schizofrenií.

Porucha vůle, která je spojována se schizofrenií je hypobulie, v krajních případech abulie. Hypobulie se vyznačuje nedostatkem iniciativy, aktivity a celkovým ochuzením zájmů. I když nemocný ví, jak dosáhnout určitého cíle, tak toho není schopen. S touto poruchou se také často spojuje ambitendence, což je nerozhodnost v různých situacích. (srov. Horáček, 2004, s. 328) Je důležité rozlišovat mezi hypobulií a laxním přístupem či lhostejností. Většina osob trpících schizofrenií, se kterými jsem se setkala, na mne působili laxe, s nezájmem o věci, kterých se jich týkaly. Hypobulie se mi v tomto případě jevila právě jako laxní přístup k událostem, které se odehrávaly v životě nemocných.

Poruchy volního jednání můžeme rozdělit na kvantitativní (stupor, pohybový záraz) a kvalitativní (katatonní syndrom). Stupor je setrvávání v jedné poloze s absencí spontaneity, výrazových a volních projevů. Nemocný nereaguje na vnější podněty, jako jsou zvuk, světlo, dotek ani na jeho okolí. Pohybový záraz se vyznačuje přerušením pohybu, který probíhal v obvyklém tempu a setrváním v zaujaté poloze. Pohybový záraz může také doprovázet záraz myšlení. Katatonní syndrom patří mezi poruchy kvalitativní a má dvě formy příznaků – produktivní příznaky (excitace) a příznaky neproduktivní (stupor). Produktivní forma katatonie se projevuje neklidem, negativismem, grimasováním apod. Tyto projevy se mohou vystupňovat až do raptu, který je nebezpečný pro okolí nemocného. Neproduktivní forma je charakteristická především stuporem či setrváváním v nepřírozených polohách. V průběhu katatonního syndromu se mohou střídát produktivní a neproduktivní příznaky a to náhle a nečekaně. (srov. Horáček, 2004, s. 330 - 331)

1.2.3 Porucha emotivity

Citové prožívání lidí trpících schizofrenií se mění z hlediska kvantity, kvality i adekvátnosti. V akutní fázi choroby převažují většinou nepřiměřené emoce, s postupujícím onemocněním dochází k jejich oploštění a otupělosti. (srov. Vágnerová, 2004, s. 341)

Poruchy emotivity může rozdělit na poruchu afektu, nálady a struktury emocí. Afekt je intenzivní emoce, vznikající náhle, prudce, a která vzniká po podnětu a má konkrétní zaměření. Nálada je emoční nastavení nervového systému, které je déletrvajícím. Nálada souvisí s emočními reakcemi a jsou jí ovlivňovány. Se schizofrenií jsou spojovány převážně depresivní nálada a bezradná nálada. Narušení struktury emocí je charakteristické spíše kvalitativními změnami. (srov. Horáček, 2004, s. 314)

Jak již bylo řečeno, tak mezi poruchy nálad patří depresivní a bezradná nálada. Depresivní nálada je charakteristická sníženým sebevědomím a sníženou reaktivitou na emociální podněty. Celkově se projevuje bezútěšností, smutkem, mrzutostí až nevlídností, pesimismem, ztrátou perspektivy apod. Doprovází jí též snížené psychomotorické tempo a zpomalené myšlení. Bezradná nálada se vyznačuje bezradností a neschopností se rozhodovat. (srov. Horáček, 2004, s. 317 - 318)

Další změnou odehrávající se při onemocnění schizofrenií může být narušení struktury emocí, které se projevuje v různých formách a to jako paratymie, emoční ambivalence, emoční oploštělost či emoční inkongruence. Paratymie je označení pro paradoxní emoce, které se projevují inadekvátními emocemi a mimikou s ohledem na situace (smích při tragické události, atp.), které se většinou vyskytuje při atace nemoci. Emoční oploštělost se projevuje celkovým nezájmem a afektivitou, která je neměnná, lhostejností k okolí atd. Emoční ambivalence je charakteristická současnou přítomností kladných i záporných emoci (smutek – radost). Emoční inkongruence je jeden z důležitých příznaků schizofrenie a projevuje se nesouladem prožívání a myšlenkovým obsahem. Emoční oploštělost, ambivalence a emoční inkongruence se nejčastěji vyskytují v chronické formě schizofrenie. (srov. Horáček, 2004, s. 319)

1.2.4 Diagnostika onemocnění

Diagnostika nemoci slouží lékařům pro určení dalšího postupu a vývoje léčby. Je taky velmi důležitá pro nemocného a pro lidi nemocnému nejbližší. Diagnostika

schizofrenie se opírá o různé techniky vyšetření duševního či fyziologického stavu, podrobnou anamnézu klienta atp. Lékař sbírá údaje o pacientovi a systematicky je vyhodnocuje a doplňuje vlastním pozorováním a poznáváním pacientova života a jeho postojů, které zastává. Příznaky jsou u každého pacienta jiné a zastoupené v jiné míře, proto MNK-10 poskytuje vodítka pro diagnostiku schizofrenie a to přesněji příznaky onemocnění a průběhové charakteristiky. (srov. Libiger, 2004, s. 357)

Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro schizofrenii

Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a příznaků popsanych níže (1) a dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc (nebo někdy po většinu dnů).

(1) Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

- ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
- bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin či zvláštními myšlenkami, činnostmi nebo pocity; bludné vnímání;
- halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, eventuálně jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;
- neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc anebo schopnost.

(2) Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:

- neustálé halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně 1 měsíce a jsou spojeny s bludy (buď občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu, či jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením;
- neologismy, přerušování anebo zárazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherece nebo zmatený slovní projev;
- katatonní chování, jako jsou vzrušení, nástavy nebo vosková ohebnost, mutismus a stupor;

- „negativní symptomy“, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby). (Smolík, 2002, s. 155-156)

1.2.5 Průběh onemocnění

Každé onemocnění má svá stádia a u schizofrenie tomu není jinak. Není pevně dáno, jak dlouho tyto stádia trvají a jakou mají povahu a u každého jedince jsou tyto stádia odlišná.

V premorbidním stadiu se nemoc klinicky neprojevuje. Lze zaznamenat pouze lehké odchylky od povahových charakteristik. V tomto období mohou být přítomny skryté poruchy kognitivních funkcí. (srov. Zvolský, 2001, s. 237)

Dalším stádiem je prodromální. Z předcházejícího premorbidního stádia se do prodromálního pacient přesouvá plynule. Příznaky, které nebyly v premorbidním stádiu specifické se stávají nápadnějšími. Také se objevují negativní příznaky nemoci, či depresivní ladění, kolísavá úzkost, atp. První epizoda nastupuje po prodromálním stádiu a má často povahu náhlé změny ve vztahu ke skutečnosti, projevující se psychotickými (pozitivními) příznaky. Dochází k pronikavé změně sociální a pracovní kompetence, která vede ke zneschopnění pacienta a většinou k jeho hospitalizaci. (srov. Libiger, 2004, s. 363)

Každá osoba, která trpí schizofrenií, prožívá onemocnění naprosto jinak. I když mohou mít dva pacienti stejnou diagnózu, nemusí mít úplně stejné příznaky a průběh onemocnění se může výrazně lišit. Schizofrenní onemocnění má více průběhových variant, které jsou popsány v následujícím textu.

Schizofrenie může probíhat v různých průběhových variantách a pro každou z nich jsou specifické jiné příznaky a jejich intenzita. Chronická varianta je taková, kde se neobjevuje žádná remise psychotických účinků. Epizodická varianta s narůstajícím defektem se vyznačuje postupným rozvojem negativních příznaků v období mezi psychotickými epizodami. Další variantou může být epizodická varianta se stabilním efektem a je charakteristická tím, že mezi psychotickými epizodami jsou přítomny negativní příznaky, ale nejsou regresivní povahy. Epizodická varianta s remisemi se vyznačuje obdobími téměř bez negativních příznaků mezi epizodami a varianta úplné remise je charakteristická absolutní

nepřítomností negativních příznaků mezi epizodami nemoci. (srov. Smolík, 2002, s. 156)

1.3 Formy schizofrenie

Schizofrenii se může projevit v šesti formách. Nejčastěji se používá rozdělení podle 10. revize mezinárodní klasifikace onemocnění. Každý druh schizofrenie se liší v průběhu, příznacích a v prognóze.

Paranoidní schizofrenie (F20.0) se vyznačuje přítomností paranoidního bludu a absencí nebo nepatrnou přítomností negativních příznaků. Mohou se také vyskytovat halucinace, nejčastěji sluchové či jiné poruchy vnímání (např. porucha vnímání času, atp.). (srov. Smolík, 2002, s. 160)

Dle Kučerové (2010, s. 21) se u paranoidní schizofrenie nevyskytují poruchy vůle, řeči či katatonní syndromy nebo jsou poměrně nenápadné.

Hebefrenní schizofrenie (F20.1) se projevuje nevhodným a nepředvídatelným chováním, emotivními změnami a oploštělou, či nepřiměřenou náladou. Začíná obvykle v adolescenci anebo v mladém věku a jsou přítomny proměnlivé bludy a halucinace. U lidí trpících touto formou schizofrenie je zřejmá inklinace k sociální izolaci. Pokud je příliš rychlý rozvoj negativních příznaků, tak bývá prognóza většinou špatná. (srov. Smolík, 2002, s. 161)

Katatonní schizofrenie (F20.2) je forma schizofrenie nejviditelněji se projevující na psychomotorickém stavu jedince. Tyto extrémní stavy mohou být stuporózní – projevující se dlouhodobým nastavením jedince do určité strnulé pózy, či naopak hyperkinetické, které se projevují povelovým negativismem či epizodami zuřivého neklidu. Tyto fenomény se mohou také spojovat se snovými stavy a halucinacemi živých scén. (srov. Vágnerová, 2004, s. 349)

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) je charakteristická psychotickými stavy, které splňují diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale jež nelze zařadit do kategorie F20.0 – F20.2 nebo takové, které mají příznaky více než jedné formy schizofrenie. (Kučerová, 2010, s. 21)

Postschizofrenní deprese (F20.4) je zvláštní forma deprese, která k pacientovi přichází po odeznělé epizodě schizofrenie. Příznaky deprese musí korespondovat nejméně s příznaky pro středně závažnou depresi (srov. Smolík, 2002, s. 155 - 156)

Také musí být přítomen alespoň jeden z těchto symptomů – neologismy, zárazy myšlení, zmatený slovní projev, bludy či halucinace, katatonii chování, či negativní symptomy, jako je apatie a ochuzení řeči. (srov. Smolík, 2002, s. 163)

Kučerová (2010, s. 23) má výhrady oproti termínu postschizofrenní deprese a to z toho důvodu, že různé depresivní syndromy mohou být přítomny jak během, tak i po psychotické atace a zastává názor, že by postschizofrenní deprese nemusela být zaznamenána v 10-MKN.

Reziduální forma (F20.5) **schizofrenie** se vyznačuje zhoršením psychomotorického tempa, oploštěním emotivity, pasivitou, chudým vyjadřováním apod. I když jsou tyto příznaky ireverzibilní, stále ovlivňují člověka při sociální výkonnosti a péči o svou osobu. V této formě schizofrenie převládají především negativní příznaky. Je také považována za chronické stádium schizofrenie. (srov. Smolík, 2002, s. 164)

Simplexní schizofrenie (F20.6) není tak častá, ale její prognóza je o to horší (srov. Zvolský, 2001, s. 265). U této formy dochází k rozvíjení úpadku těchto funkcí: ztráta temperamentu a zájmu, změna způsobu chování, introverze. Prohlubují se negativní příznaky (pasivita, chudá neverbální komunikace apod.) a výrazně poklesá pracovní, studijní či sociální výkonnost, a pokud není o osobu trpící tímto druhem schizofrenie včasné a odborně postaráno, tak dochází k rozpadu osobnosti. (srov. Smolík, 164) Při této formě schizofrenie jedinec netrpí žádnými pozitivními příznaky.

1.4 Léčba schizofrenie

Léčba schizofrenie prošla od svých počátků stěžejními změnami. V dnešní době se ustupuje od invazivních zásahů do fyziologie člověka. V minulosti byly indikovány léčby, které sice napomáhaly zlepšení symptomů u schizofrenie, ale zároveň ohrožovaly pacienta. Například komatózní léčbu inzulinem, kdy prodlužovaná hypoglykemická komata sice zlepšovaly stav nemocného, ale byl zároveň ohrožen jeho metabolismus, co se glukózy týká, tak i jeho mozek. Dalšími metodami, které se dnes již neužívají, alespoň ne v takové míře, jsou další komatózní léčby, a to barbiturátová nebo atropinová. Psychochirurgie je u některých vážných případů užívána i dnes, ale pouze minimálně. V rámci této léčebné metody, která se nazývá lobotomie, bylo přetnutí drah mezi frontálními laloky a středním mozkem.

Tato metoda se užívala do 50. let dvacátého století. V současné době se užívá kombinace metod, která obsahuje převážně metody biologické, psychologické a sociální. Tyto metody budou podrobně uvedeny v kapitole 2. 6 Zdravotní rehabilitace. (srov. Smolík, 2002, 174 - 175)

2. Ucelená rehabilitace

Tato kapitola se bude v první části zabývat ucelenou rehabilitací, vymezením pojmu, historií, právním ukotvením, jejími složkami a složením rehabilitačního teamu. V druhé části jsou popsány složky a metody ucelené rehabilitace osob se schizofrenií.

2.1 Pojem ucelená rehabilitace

Ucelená rehabilitace je překladem anglického termínu „comprehensive rehabilitation“, který v překladu znamená komprehenzivní, celkový nebo ucelený. Rehabilitace je dle definice světové zdravotnické organizace „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků. (srov. Votava, 2003, s. 14-15)

Podle Votavy (2003, s. 14) se jedná o ucelenou rehabilitaci tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý, či dlouhodobý, tedy nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit.

Dle doporučení rady Evropy č. R/92/6, duben 1992 (in Novosad, 2002, s. 57) je cílem ucelené rehabilitace poskytnout osobám se zdravotním postižením, ať už je jejich postižení jakékoliv povahy a původu, co nejširší účast na společenském i hospodářském životě a co největší nezávislost.

2.1.1 Vývoj ucelené rehabilitace na území ČR

V České Republice se používá pojem „rehabilitace“ od 19. století a českým ekvivalentem tohoto pojmu byl navržen pojem „návrtná péče“, který se ovšem neujal. Od 19. století až do druhé poloviny 20. století byla rehabilitace pojímána jako léčebná činnost směřující k návratu funkční schopnosti. V roce 1951 byla ministerstvem zdravotnictví přejmenována fyziatrická centra na centra rehabilitační, což vyvolalo falešný dojem, že je u nás praktikována ucelená rehabilitace. Ve skutečnosti tomu tak nebylo, protože i po přejmenování byla stále poskytována pouze lékařská rehabilitace a ostatní obory neměli v rehabilitaci zastoupení. V roce 1991 ministerstvo zdravotnictví založilo pracovní skupinu „R“, která měla v kompetenci

zajištění rehabilitačního procesu. Ve stejném roce vyšel Metodický návod k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti na pedagogickou, sociální a pracovní rehabilitaci. I přes komplexní poskytnutí metodického materiálu, nenaplnuje většina rehabilitačních center tuto metodiku a to z důvodu chybějící právní úpravy a nedostatečně vymezeného způsobu financování. V roce 1999 založili odborníci z různých profesí Sekci pro rozvoj ucelené rehabilitace. (srov. Votava, 2003, s. 9-11)

S ohledem na činnosti a kooperaci příslušných ministerstev se dá předpokládat, že vývoj ucelené rehabilitace bude pokračovat v duchu příprav pro nabytí právní normy ucelené rehabilitace.

Kromě ucelené rehabilitace se také můžeme setkat s termínem rehabilitace psychiatrická, či psychosociální. Psychiatrická rehabilitace je také důležitou součástí komplexní péče o osoby se schizofrenií. Pracuje na bázi propojení psychoterapie a socioterapie a zároveň se s těmito dvěma přístupy překrývá. Cílem psychiatrické rehabilitace je zlepšení kvality života jedinců se schizofrenním onemocněním a posílení jejich víry ve vlastní schopnosti. (srov. Bouček, 2004, s. 233)

„Psychosociální rehabilitace neobsahovala ve svém původním konceptu (60. léta 20. století) možnost používání léků. Termín psychiatrická rehabilitace byl naopak blíže biologické psychiatrii. Nelze však oddělovat, co slouží společně, v 90. letech minulého století dochází ke sloučení obou proudů.“(Kulhavá, 2009, s. 19)

Odborný časopis Sociální práce, přesněji č.1/2008 se zabývá problematikou duševního onemocnění. Nejpřínosnějším příspěvkem pro tuto práci byl rozhovor s vedoucím sdružení Eset-help, který pojednával o psychiatrické rehabilitaci, která je velmi podobná ucelené rehabilitaci, dalo by se tvrdit, že je její částí, protože hranice mezi ucelenou a psychiatrickou rehabilitací jsou velmi úzké. V rozhovoru je kladen důraz na vztah pracovníka s klientem a na komunitní práci, která je velmi podporující a účinná v podpoře a pomoci osobám se schizofrenií a za „důkaz“ této účinnosti můžeme pokládat 50% úspěšnost klientů, kteří využívali podporovaného zaměstnávání, na otevřeném trhu práce. (Bajer, 2008, s. 7-10)

2.2 Právní ukotvení ucelené rehabilitace

Právní postavení ucelené rehabilitace není v České Republice prozatím komplexně zpracováno, tudíž se každá disciplína řídí platnými právními normami, které se jí týkají. Občanské sdružení Národní rada osob se zdravotním postižením má pro koncepci návrhu zákona o ucelené rehabilitaci ustanovenou Odbornou komisi pro přípravu zákona o ucelené rehabilitaci. Podaný a projednaný návrh znění zákona o ucelené rehabilitaci byl z jednání vlády 13. října 2004 stažen k celkovému přepracování. (Čevela, www.mpsv.cz)

Od roku 1999, kdy byla na MPSV zřízena první meziresortní komise, která měla za úkol vypracovat systém ucelené rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením, se zdařilo vypracovat teze ucelené rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením a věcný záměr zákona, který byl opakovaně vrácen k celkovému přepracování. (tamtéž)

Změny, které se budou odehrávat v období 2010 – 2014 jsou následující: „Usnesením vlády ČR ze dne 29. března 2010 č. 253 byl přijat Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014, který rovněž obsahuje opatření v oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením tak, že je třeba rozvíjet její jednotlivé složky, tj. léčebnou, sociální, vzdělávání a pracovní a vytvářet legislativní i věcné podmínky pro jejich lepší součinnost a koordinaci navzájem. Gestorem je opět určeno MPSV a spoluprací Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo školství. Na MPSV byla proto zřízena pracovní skupina pro vypracování věcného záměru zákona o koordinaci rehabilitace osob se zdravotním postižením.“ (tamtéž)

Pro efektivní provádění ucelené rehabilitace je potřeba legislativní úpravy z toho důvodu, aby byly jasně definovány práva a povinnosti jak klienta, tak personálu a také pro vymezení činnosti a odpovědnosti jednotlivých odborníků zaměřující se na ucelenou rehabilitaci.

2.3 Cíl ucelené rehabilitace

Cílem ucelené rehabilitace je snaha dosáhnout původního stavu zdraví. I když je zdraví chápáno rozdílně, např. jako stav tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo oslabení (dle WHO), tak je nutno se zaměřit, jak

tento výrok koresponduje se specifičností ucelené rehabilitace (původní stav zdraví vs. stav, který není odstranitelný léčbou). Pro tento okamžik je vhodné použít pojem aktivní zdraví, ve kterém je zahrnuta schopnost adaptovat se životním podmínkám a správně reagovat na jejich změny. V tomto případě se nabízí jiné cíle ucelené rehabilitace a to začlenění osoby zdravotně postižené do společnosti, dosažení optimální kvality života a vyrovnání příležitostí osob zdravotně postižených s intaktní populací. (srov. Votava 2003, s. 15)

2.4 Složky ucelené rehabilitace

Složkami ucelené rehabilitace jsou zdravotní rehabilitace, psychologická, sociální a pedagogická rehabilitace. Aby byla dodržena zásada ucelenosti, musí péče o nemocného zahrnovat nejméně dvě složky z vyjmenovaných. (srov. Votava, 2003, s. 15)

Zdravotní rehabilitace se zaměřuje hlavně na biologický a fyziologický stav jedince. Užívá léčebných metod pro odstranění následků nemoci, či pro znovuoobnovení ztracených schopností. Zdravotní rehabilitace zajišťuje zlepšení funkčního stavu, tedy odstraňuje, či zmírňuje poruchy. (srov. Votava, 2003, s. 24)

Další složkou je psychologická rehabilitace, která se nejčastěji týká psychologické pomoci, která si klade za cíl změnu v sebehodnocení nemocného či zvládnutí krize, která může být spojená se změnou zdravotního stavu. Metody užívané v psychologické rehabilitaci jsou psychoterapie, aplikovaná psychoterapie, nácvik psychosociálních dovedností atp. (srov. Novosad, 2002, s. 58)

Dle Novosada (2002, s. 59) je cílem sociální rehabilitace pomoc a podpora při začleňování do společnosti, zabezpečení materiální povahy, zprostředkování kontaktu s okolím jedince, či jinými druhy sociálních služeb. Probíhá například formou případové sociální práce nebo socioterapií. (srov. Novosad, 2000, s. 59)

Pedagogická rehabilitace se snaží podle individuálních možností jedince dosáhnout co nejvyššího vzdělání či rekvalifikace. Mezi používané metody se řadí reedukace, individuální plánování ve vzdělávání, jejich realizace a kontrola. (srov. Votava, 2003, s. 123)

Další složkou je pracovní rehabilitace, ve které se podpora zaměřuje na pracovní uplatnění jedince a to zejména pomocí profesní přípravy, kariérového

poradenství, vytváření a ochrana pracovních příležitostí či provedené průzkumy trhu pracovních příležitostí. (srov. Novosad, 2000, s. 60)

Podle Novosada (2000, s. 60) jde při ucelené rehabilitaci tedy zejména o provázané a týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání a profesní přípravy i podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na odlišné, nestandardní či ztížené životní podmínky a k získání nebo znovuzískání a upevnění nejvyšší možné samostatnosti a přiměřené funkční schopnosti.

2.5 Ucelená rehabilitace osob se schizofrenií

V návaznosti na první kapitolu, která mimo jiné pojednávala o příznacích schizofrenie, se v této části budu zabývat přisouzením specifických postupů a metod u jednotlivých disciplín rehabilitace a zařízením, které mohou být v případě schizofrenního onemocnění považovány za relevantní členy rehabilitačního teamu. Pro potřeby této práce jsem se rozhodla uvést v samostatné podkapitole stěžejní a nejdůležitější odborníky, kteří by měli spolu v konceptu ucelené rehabilitace koordinovat a tvořit tak rehabilitační tým.

2.6 Zdravotní rehabilitace

Jak už bylo řečeno výše, tak se zdravotní rehabilitace zaměřuje na biologickou stránku nemocného. V případě schizofrenního onemocnění se tato stránka týká léčby schizofrenie zejména pomocí medikamentů – psychofarmak, které nepůsobí na etiologickou složku schizofrenie, ale léčí na projevy onemocnění (srov. Malá, 2002, s. 100). Mezi biologickou léčbu se řadí i elektrokonvulzivní terapie.

Psychofarmakologická terapie je specifická podáním antipsychotik. Zjednodušeně můžeme říct, že působí na blokádu dopaminových receptorů a vede k jeho snížení (srov. Malá, 2002, s. 101). Jsou to medikamenty, které se nezaměřují na léčbu příčiny onemocnění, ale na příznaky, které dostatečně potlačuje.

Podle Zvolského (2001, s. 444) záleží na včasném podání antipsychotik. Pokud je medikamentózní léčba zahájena včas, je velmi pravděpodobné nižší riziko rozvinutí chronické podoby schizofrenie a deficitu kognitivních funkcí, které jsou nemocí výrazně ovlivňovány (viz. kapitola Poruchy kognitivních funkcí). Antipsychotika můžeme rozdělit na typická a atypická. Typická, někdy označována

jako klasická antipsychotika velmi dobře působí na pozitivní příznaky onemocnění, avšak zároveň zhoršují stav negativních příznaků a kognitivních funkcí. Typická antipsychotika můžeme rozdělit na sedativní a incizivní. Sedativní antipsychotika jsou charakteristická hypnosedativním působením, což je důsledkem nežádoucích účinků, které vyvolává inhibice nervových histaminových zakončení. Incizivní antipsychotika jsou charakteristická mohutným účinkem na pozitivní příznaky schizofrenie, avšak je zde vysoká pravděpodobnost extrapyramidových nežádoucích účinků. (Srov. Zvolský, 2001, s. 446-447)

Nežádoucí účinky typických antipsychotik se dle Zvolského (2001, s. 448) mohou vyskytnout v systému kardiovaskulárním, kožním, krevní dřeň, jaterním, atp.

Atypická antipsychotika se staly léky první volby. Jsou lépe snášena pacienty a jsou příčinou lepší spolupráce pacienta s lékařem a pozitivně ovlivňují sociální fungování klienta. Ovlivňují jak negativní, tak pozitivní příznaky i poruchy kognitivních funkcí a také nevyvolávají v takové míře extrapyramidové nežádoucí účinky, než tomu bylo u antipsychotik typických. Atypická antipsychotika jsou také zodpovědná za méně relapsů schizofrenního onemocnění. (srov. Švestka, 2004, s. 702)

Antipsychotika mohou být podávány perorálně a intramuskulárně. Mezi perorální řadíme užívání prášků a u intramuskulární formy, kdy se antipsychotika podávají injekčně, podávání antipsychotik považují za nutné uvést depotní antipsychotika, která byla vyvinuta v 60. letech 20. století s cílem zlepšit výsledky dlouhodobé léčby schizofrenie a potenciálně ostatních poruch, které mají prospěch z dlouhodobé antipsychotické medikace. Depotní preparáty na rozdíl od krátkodobě působících intramuskulárně aplikovaných látek udržují terapeutickou koncentraci léčiva minimálně 7 dnů po aplikaci jedné dávky. (srov. www.remedia.cz) Z tohoto popisu je zřejmé, že depotní antipsychotika jsou efektivní pro dlouhodobou udržovací léčbu a pro pacienty, kteří zanedbávají užívání léků.

Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Elektrokonvulzivní terapie je využívána pro svou účinnost a to od první poloviny dvacátého století. V roce 1938 Italové Cerletti a Bini zavedli do používání elektrokonvulzivní léčbu. Účinnost a bezpečnost EKT se postupně vyvinuly do takové míry, že jako jediná z podobných léčebných technik byla úspěšně schopna

přežít nástup psychofarmakologické éry. Účinnost této metody je považována za nejvyšší při srovnání s ostatními metodami v psychiatrii. (Zvolský, 2001, str. 461).

Indikace EKT u schizofrenie je hlavně pro katatonní formy, kde je sledována metodou s vysokou účinností. Je také často zvažovanou volbou léčby u farmakorezistentních pacientů, kteří doposud neodpovídali na žádnou psychofarmakologickou metodu a tam, kde byla elektrokonvulzivní terapie v minulosti účinná. (srov. Seifertová, 2004, s. 764)

EKT se používá jako léčba první volby například z důvodu potřeby rychlého snížení psychiatrických příčin, dobré odpovědi na předešlou léčbu elektrokonvulzivní terapií či podle preferencí pacienta. Jako léčba druhé volby se užívá u pacientů farmakoresistentních, s projevem nežádoucích účinků farmakoterapie či při zhoršování pacientova stavu tak, že splňuje kritéria pro léčbu první volby. (srov. Zvolský, 2001, s. 463)

Provedení elektrokonvulzivní terapie

Před každým provedením EKT by měl být pacient komplexně vyšetřen, což zahrnuje různá laboratorní vyšetření, kterými jsou například EEG, EKG, u pacientů na padesát let věku rentgen hrudníku a páteře. Výsledky pacient konzultuje se svým internistou a ten posoudí celkový stav pacienta s ohledem na vhodnost anestezie a samotné absolvování EKT. Pokud je pacientovi EKT indikována nesmí před výkonem po dobu osmi hodin jíst, užívat léky. Tam, kde je perorální podání léků nevyhnutelné se mohou podávat ještě dvě až tři hodiny před vlastním zákrokem. (srov. Seifertová, 2004, s. 764)

Zdravotnický personál, nejčastěji sestra zjistí, zda je pacient připraven, změří mu krevní tlak, teplotu, připraví dokumentaci a uloží pacienta na lůžko. Upevní se elektrody na spánkovou oblast a anesteziolog provede anestezii, přičemž sleduje její hloubku, která je rozhodující pro aplikaci myorelaxans. Po těchto procedurách se přechází ke stimulaci elektrickým proudem. V zásadě je platné, že konvulze kratší než 20 sekund je neefektivní. Přiměřená a účinná délka konvulze je 20-90 s. Po ukončení EKT je následná péče o pacienta zajišťována sestrou. (srov. Seifertová, 2004, s. 766)

Nežádoucí účinky EKT ovlivňují další spolupráci pacienta. Nejčastěji se vyskytují poruchy mnestických a kognitivních funkcí, které po určité době

odeznívají. Další nežádoucí účinky jsou bolesti hlavy, nevolnost, pocit tělesné slabosti a zmatku, svalová bolest, atp. (srov. Zvolský, 2001, s. 464)

2.6.1 Zařízení zajišťující zdravotní rehabilitaci

V tomto oddílu se budu blíže zabývat specifickými zařízeními, která se týkají zdravotní rehabilitace osob trpících schizofrenií, a se kterými je možné v konceptu ucelené rehabilitace navázat kooperační vztah.

Služby, které jsou v režii Ministerstva zdravotnictví ČR v oblasti psychiatrie, můžeme rozdělit na lůžkové, intermediární a ambulantní.

Ambulantní péče

Ambulantní péče je definována §35a) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu jako ordinace praktických, popřípadě ordinace dalších odborných lékařů. Z hlediska problematiky schizofrenie se jedná především o odborníky na poli psychiatrie a klinické psychologie. Podle Pavlovského (srov. in Malá, 2002, s. 121) jsou psychiatrické ambulance základním článkem psychiatrické péče a podílí se na diagnostice, léčbě, rehabilitaci a v neposlední řadě i prevenci duševních poruch, tedy i schizofrenie. Ambulance klinických psychologů se věnují diagnostice duševních poruch a psychoterapii (Malá, 2002, s. 121). Dle mého názoru bych do zdravotní rehabilitace zařadila pouze diagnostiku duševních poruch, zatímco psychoterapii do psychologické rehabilitace a to i přesto, že spolu nevyvratně souvisí.

Ambulantní péči můžeme rozdělit na psychiatrickou ambulanci či sociálně psychiatrické služby, které poskytují péči v modelu bio-psychosociálním, zatímco psychiatrické ambulance se zaměřují na pomoc z medicínského hlediska. (srov. Bouček, 2003, s. 163)

Intermediární péče

Intermediární péče si klade za cíl převést péči jedince, u kterých již není nutnost hospitalizace na oddělení lůžkovém, do přirozenějšího prostředí. Tato péče se odehrává především v krizových centrech, denních sanatoriích a také v zařízeních, která napomáhají nemocným v oblasti bydlení a podporovaného zaměstnávání. (srov. Baudiš, 2002, s. 637)

Podle Baudiše (2002, s. 637) je smyslem intermediární péče podporovat nemocné v běžném způsobu života, který se velice blíží přirozeným podmínkám, a bránit tak zhoršení jejich duševního stavu.

Tento druh psychiatrické péče se v celostním, tedy bio-psychosociálním pojetí péče o pacienta, nejvíce překrývá se sociálními službami, které se taktéž zaměřují na podporu lidí trpících schizofreniím onemocněním a to především snahou o deinstitucionalizaci sociální péče a navrácení nemocného do běžného přirozeného života.

Lůžková péče

Lůžková péče je i přes snahy převést péči v co největší míře do přirozeného prostředí pacientů, stále neodmyslitelnou složkou léčebné rehabilitace (srov. Bouček, 2003, s. 162). Tato forma péče, odehrávající se především v psychiatrických léčebnách či na psychiatrických odděleních nemocnic se zaměřuje na léčbu akutních stavů schizofrenie a také na její diagnostiku. (srov. Baudiš, 2002, s. 637)

Z mé osobní zkušenosti je lůžková péče právě jedním z důvodů stigmatizace nemocných trpících schizofrenií a to spolu s nereálnou představou o nemoci. Zařízení je často nazýváno „blázincem“ či „psychinou“, což jsou názvy hanlivé a neprospěšné k destigmatizaci osob, které trpí schizofrenií nebo jakoukoliv jinou duševní nemocí.

2.7 Psychologická rehabilitace

Psychologická rehabilitace je stejně důležitá jako rehabilitace z pohledu ostatních disciplín. Psychologická rehabilitace se zabývá psychikou člověka, obnovou či posílením jeho kognitivních funkcí, diagnostikou a zahrnuje psychoterapii, psychologické poradenství a krizovou intervenci (srov. Votava, 2003, s. 41-45)

2.7.1 Metody psychologické rehabilitace

Mezi metody psychologické rehabilitace patří psychoterapie, rehabilitace kognitivních funkcí, psychoedukace a socioterapie. Každá z těchto metod má jiný cíl a jinou oblast působení. Všechny tyto metody mohou probíhat jak individuálně, tak i ve skupinové formě.

Psychoterapie

Psychoterapie je forma léčebného působení na nemoc, poruchu či anomálii. Je uskutečňována psychologickými prostředky a má charakter cílevědomého působení na duševní procesy, funkce, stavy a v neposlední řadě na osobnost a její vztahy. Dopomáhá nemocnému k účinnému zvládnání problémů, konfliktů a životních úkolů a to využíváním různých psychoterapeutických směrů. (srov. Kratochvíl, 2006, s. 13)

Dle Pěče (2009a, s. 76) je psychoterapie nemocných s diagnózou schizofrenie na stejné úrovni jako péče farmakoterapeutická a to z důvodu toho, že farmakoterapie nemusí vždy reagovat na všechny příznaky pacienta. Dle metaanalytických studií je účinnost psychoterapie nejvíce zřetelná v redukci negativních symptomů a poruch myšlení. Pokud budeme brát v potaz oblasti, na které psychoterapie působí, tak je evidentní, že si psychoterapeut nevystačí pouze s jedním přístupem, ale musí umět vhodně aplikovat více přístupů, které se budou doplňovat podle individuálních potřeb nemocného.

Psychoterapie může probíhat formou individuální, skupinovou či rodinnou. U osob trpících schizofrenií má skupinová psychoterapie již dlouhou tradici a zaměřuje se především na interpersonální vztahy a na podporu vývoje vztahu klienta k sobě samému, ale i k jeho okolí. (srov. Pěč, 2009a, s. 77)

Rehabilitace kognitivních funkcí

Aby mohla být rehabilitace kognitivních funkcí započata, je potřebné, aby bylo u lidí trpících schizofrenií prvně určeno, které kognitivní funkce jsou deficitní. Nelze uplatnit různé vyřčené hypotézy na všechny nemocné, jelikož jsou tyto deficity u každého pacienta individuální a k jejich určení se využívá psychodiagnostických metod, které mohou být založeny na kvalitativní nebo kvantitativní podstatě.

Dle Votavy (2003, s. 42) jsou tyto testy určené k psychodiagnostice různorodé a uvádí pro každou kognitivní funkci (paměť, pozornost, atp.) několik metod, kterými se mohou deficitní činnosti těchto funkcí rozpoznat.

Také se vyjadřuje k metodám neuropsychologickým, které si kromě neurologických abnormalit všimají i problémů psychických. Testy, které jsou využívány v ČR, jsou náročné na čas a energii a proto se v praxi užívají testy, které jsou zaměřené na specifické oblasti kognitivních funkcí. (srov. Votava, 2003, s. 43)

Dle Kučerové a Říkové (2006, s. 220) je v rehabilitační péči o pacienty se schizofrenií kladen největší důraz na zpracování informací, pozornost, paměť a exekutivní složku (vůle, motivace, atp.). Ačkoliv bylo opakovaně zjištěno, že míra poškození kognitivních funkcí se odráží na kvalitě sociálního fungování pacientů, nelze při léčbě spoléhat na pouhou nápravu kognitivního deficitu.

Je nutné se rehabilitaci kognitivních funkcí v rámci konceptu ucelené rehabilitace věnovat důkladně, jelikož se ukázalo, že deficit kognitivních funkcí ovlivňuje úspěšnost při nácviu sociálních dovedností a dalších užívaných metod. (srov. Kučerová, 2006, s. 220)

Psychoedukace

Psychoedukace je druh terapeutické pomoci, jejíž hlavní náplní je poskytování informací o onemocnění směřované pacientovi a jeho rodině. Je to velmi podstatná část pomoci pacientovi, která si klade za cíl prevenci relapsu a to nastíněním příznaků nástupu ataky nemoci a jejich včasné rozpoznání, které by pacienta mělo vést k odborníkovi, který může zabránit nástupu psychotické epizody. Také je důležité informovat pacienta o možném budoucím vývoji nemoci, především o nutnosti navštěvovat lékaře odborníka – psychiatra. Velmi důležité je informovat pacienta o nutnosti dodržovat předepsanou medikamentózní léčbu a varovat jej před užíváním drog a to v jakémkoliv malém množství. (srov. Malá, nedatováno, s1 - 3)

Socioterapie

Podle Pavlovského (Malá, 2002, s. 111) zahrnuje socioterapie léčebné postupy vedoucí ke zmírnění vlivu nepříznivých společenských faktorů na chorobné duševní příznaky a k omezení dopadu psychopatologických jevů na sociální postavení jedince.

Socioterapie se zaměřuje na využití přirozené moci vycházející ze sociálního okolí klienta. Prostřednictvím socioterapie se zlepšuje kvalita života, udržení sebeúcty a v neposlední řadě může její provádění zabránit chronifikaci onemocnění a zabránit tak tím sociální izolaci. (srov. Vymětal, 2003, s. 240)

Cílem je taktéž navrácení společenské a pracovní výkonnosti či působit preventivně proti vznikům těchto narušení. (srov. Malá, 2002, s. 111)

Podle Kaliny (2001, s. 72) je zásadou socioterapie vytvořit chráněný prostor bez nadměrných stresů, které člověk v důsledku nemoci a zranitelnosti nestačí zvládat a do tohoto prostředí přivádět obvyklé lidské činnosti.

Podle Vymětala (2001, s. 239) můžeme rozdělit socioterapii na léčbu prostředím, kdy hlavním činitelem akceptující a povzbudivá atmosféra, léčebné společenství, kde hrají hlavní roli vztahy a možnost participace klienta na své rehabilitaci. Sociorehabilitační programy jsou ty, které jsou poskytovány v rámci denních center či chráněných dílen a pomáhají rozvíjet praktické dovednosti a přemáhat sociální izolaci. Dalším typem jsou svépomocné programy, kdy nemocní a jejich nejbližší vytvářejí skupiny s obdobnou problematikou a poslední, integraci nejvíce nahrávající, socioterapie v přirozeném prostředí.

Socioterapie nemusí probíhat jen v rámci psychologické rehabilitace, ale může být poskytována v rámci jakékoliv z částí ucelené rehabilitace.

2.8 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je jedním z nejdůležitějších prvků ucelené rehabilitace. Pojem sociální rehabilitace není nikde řádně zakotven, ale i přesto je významnou složkou rehabilitace osoby trpící schizofrenií (srov. Votava, 2003, s. 70). S odkazem na text této kapitoly si dovoluji tvrdit, že tento typ rehabilitace má nespočet styčných bodů s ostatními složkami ucelené rehabilitace a že s některými se navzájem překrývá.

Podle §70 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách je sociální rehabilitace soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.

Srovnáme-li definici sociální rehabilitace a intermediární péče, dospějeme k názoru, že se tyto definice značně překrývají a prostřednictvím zaměření činnosti na rozvoj osobnosti a samostatnosti klienta.

Sociální rehabilitace se v širším slova smyslu zabývá sociální integrací. Dle Slowíka (2007, s. 31) je to proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti

– je tedy něčím naprosto přirozeným a týká se každého člena společnosti. Komplikace však nastávají ve specifických případech některých osob nebo minoritních skupin, které se od většinové populace odlišují a nejsou schopny dosahovat vysoké míry socializace přirozeným způsobem. Potom je nezbytné jejich integraci aktivně podporovat a vytvářet pro ni vhodné podmínky.

Socializace osob trpících schizofrenií je z velké části ovlivňována stigmatizací schizofrenního onemocnění a stigmatizací institucí či odborníků, které pacient navštěvuje. Stigmatizace duševně nemocných je výrazem předsudků, které zastává majoritní populace, a ty se týkají názorů, že lidé trpící duševním onemocněním jsou agresivní, je potřeba se jich bát a vyhýbat se styku s nimi, protože jsou nepředvídatelní ve svém chování (srov. Probstová, 2005, s. 133).

Sociální rehabilitace si klade za cíl pomoci klientům trpícím schizofrenií zajistit ekonomickou jistotu, ať už prostřednictvím dávek státní sociální podpory či invalidního důchodu, podporu v oblasti bydlení, zaměstnávání a domáhání se práv, rozvoj zájmové činnosti a v neposlední řadě pomoci osobám trpícím schizofrenií v integraci. (srov. Votava, 2003, str. 74-76)

2.8.1 Metody sociální rehabilitace

Činnosti, které může sociální pracovník poskytnout klientovi v rámci sociální rehabilitace, jsou poradenství, osobní asistence a zprostředkování sociálních služeb. Tyto metody jsou spíše zaměřeny na jednotlivce a jsou individuální. Vyrovnávání příležitostí je spíše metodou komunitní, kdy není přímo působeno na jednotlivce, ale na komunitu, ve kterém jednatel žije. Každá činnost týkající se těchto oblastí působí na rozmanité potřeby klienta a je potřeba, aby byl s klientem dohodnut rehabilitační plán ve věci dosahování uspokojování jeho specifických potřeb. (srov. Votava, 2003, s. 71-73)

Poradenství si neklade za cíl vyřešit problém za klienta, ale přiblížit mu náhled na situaci a pomoci mu získat kompetence a informace k tomu, aby byl schopný nastalou situaci řešit sám.

Sociální poradenství můžeme rozdělit na dva druhy a to na základní a odborné. Základní poradenství se zabývá poskytováním informací o tom, na jaké dávky má pacient právo, informuje o dostupných službách a snaží se zmírnit obtížnou situaci, ve které se klient může nacházet. Odborné sociální poradenství je zaměřené na

praktické řešení obtížné situace klienta, například řešení situace hmotné nouze, atp. (srov. Matoušek, 2003, s. 84) "

V případě osob trpících schizofrenií jsem se v praxi nejčastěji setkávala s poradenstvím ohledně dávek státní sociální podpory nebo nároku na invalidní důchod či věci týkající se právního poradenství a bydlení.

Osobní asistence je podle zákona o sociálních službách terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. (srov. zákon č. 108/2006 Sb., §39)

U schizofrenních klientů půjde především o pomoc při uplatňování práv, nácviků zvládání běžných úkonů či pomoc při zajištění chodu domácnosti.

Zprostředkování sociálních služeb ve smyslu návaznosti sociálních služeb a následné péče. Po ukončení hospitalizace v psychiatrické léčebně nejsou některé osoby schopné okamžitě začít žít samostatně a to především v případech, pokud byli hospitalizováni delší dobu nebo mají nedostatečně rozvinutou sociální síť či nedisponují žádnými uživatelskými nebo vlastnickými právy vztahujícími se k nemovitosti. Není novinkou, že někteří pacienti setrvávají v psychiatrických léčebnách i po tom, co je jejich onemocnění ve fázi remise (srov. Šupa, 2006, s. 9).

Následná péče se podle zákona o sociálních službách řadí mezi preventivní programy, které mají napomoci přechodu z ústavního léčebného zařízení do běžného života. V zařízeních následné péče prováděny sociálně terapeutické činnosti, zprostředkováván kontakt se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí. Může být poskytované ambulantní formou či terénní. (srov. zákon č. 108/2006 Sb., § 64)

Vyrovňování příležitostí je upraveno dokumentem z roku 1993, který nese název „Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“, které bylo schváleno valným shromážděním OSN. Tento dokument upravuje práva osob zdravotně postižených, tudíž platí i pro osoby trpící schizofrenií. Vyrovnání příležitostí se díky tomuto dokumentu uskutečňuje například v léčebné péči, rehabilitaci, ve službách a vzdělávání, zaměstnávání, kultuře, sportu, atd. Každý z těchto bodů má své náležité specifické kroky, které by stát měl učinit pro to, aby

mohly být příležitosti osob zdravotně postižených vyrovnány. Jako první bod je uvedeno „Zvyšování uvědomění“, které se týká osvětové činnosti v rámci pozitivních kampaní o zdravotním postižení, pro naše účely schizofrenii a informování společnosti o této problematice. (srov. OSN, 1993)

Zvyšování uvědomění jsem viděla prakticky naplňované v místě mé praxe a to ve středisku Sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním v Olomouci, který je uveden v metodických materiálech, které jsou přístupné i veřejnosti. Mají tento cíl definovaný jako cíl služby vzhledem k veřejnosti a v originálním znění má takovou podobu: „Informovanost veřejnosti: realizace různých forem osvětové činnosti, zaměřené na problematiku duševního onemocnění, ve spolupráci s ostatními neziskovými organizacemi v rámci komunitního plánování“(Charita Olomouc, 2011).

2.8.2 Formy poskytování sociálních služeb

Formy poskytování služeb jsou rozděleny dle zákona o sociálních službách (108/2006Sb.) na terénní, pobytové a ambulantní. Terénní služby jsou charakteristické tím, že jsou poskytovány v přirozeném prostředí klienta. Ambulantní služby jsou specifické v tom, že je klient může denně navštěvovat, ale nenabízí ubytování na rozdíl od pobytových služeb, které jsou poskytnutím ubytování charakteristické.

Mezi terénní služby můžeme podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách zahrnout osobní asistenci (§39), podporu samostatného bydlení (§43) a také tísňovou péči (§ 41), či sociální rehabilitaci (§70). Tyto služby jsou koncipovány přímo pro osoby se zdravotním postižením, či pro osoby s chronickým duševním onemocněním.

Ambulantní služby, které poskytují péči duševně nemocným, jsou především denní stacionáře (§46), služby následné péče (§64), sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§66), sociálně terapeutické dílny (§67), sociální rehabilitace (§70). (srov. zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách)

Mezi pobytové služby, které poskytují péči lidem s chronickým duševním onemocněním, patří týdenní stacionáře (§47), domovy se zvláštním režimem (§50), chráněná bydlení (§51), také služby následné péče, které mají povahu pobytového zařízení (§64), terapeutické komunity (§68) a sociální rehabilitace (§70). (srov. tamtéž)

2.9 Pracovní rehabilitace

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením má historii, která je spíše restriktivní povahy. V České Republice se začalo prosazovat uplatňování osob se zdravotním postižením na otevřený trh práce až po roce 1990. (srov. Votava, 2003, s. 106)

Pro pracovní rehabilitaci existuje závazná právní norma, kterou je zákon o zaměstnanosti, ve které nalezneme definici jak pojmu „osoba zdravotně postižená“, tak i pojem „pracovní rehabilitace“.

Podle zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti (§69 - §72) je pracovní rehabilitace popsána jako souvislá činnost zaměřená na získání pracovního místa či jeho udržení. Zajišťuje ji Úřad práce, ke kterému osoba přísluší. Zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání či vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání, specializované rekvalifikační kurzy apod. Příprava může probíhat na pracovišti zaměstnavatele například s podporou asistenta nebo na chráněných pracovních místech apod.

2.9.1 Metody pracovní rehabilitace

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.“ (Česká asociace ergoterapeutů, nedatováno)

Ergoterapie se zaměřuje na interakci, která probíhá mezi osobou, prostředím a zaměstnáváním. Ergoterapeut je schopen rozpoznat, zda je klient schopný naplňovat požadavky, které jsou na něj kladené při různých aktivitách, ať už pracovních nebo při starostlivosti o vlastní osobu atp. (srov. Jelínková, 2009, s. 17)

Hlavním cílem ergoterapie je zajistit klientovi možnost se účastnit na zaměstnáváním, které dávají jeho životu smysl a podporovat zdraví a duševní pohodu klienta. Další cíle se zaměřují na nácvik schopností, které vedou k samostatnosti při

běžných denních činnostech, napomáhat integraci jedince atp. (srov. Česká asociace ergoterapeutů, nedatováno)

2.9.2 Formy pracovní rehabilitace

Chráněné pracovní místo

Tímto pojmem je označováno místo, které bylo zřízeno zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením, které musí být obsazeno nejméně po dobu tří let a to na základě písemné smlouvy s Úřadem práce. Za vytvoření a provozování chráněného pracovního místa dostává zaměstnavatel od příslušného Úřadu práce příspěvky. (srov. zákon č. 435/2004 Sb., § 75)

Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání spočívá ve vyhledávání konkrétního pracovního místa pro konkrétní osobu. Na základě dohody mezi Úřadem práce a subjektem akreditovaným k provádění této služby, by bylo pro osobu se zdravotním postižením vyhledáno pracovní místo na otevřeném trhu práce. (Votava, 2003, s. 109)

Podle výzkumu, který byl proveden na téma „Sociální problémy pacientů so schizofréniou“ vyústil v závěr, že 75% dotazovaných jsou poživatelé invalidního důchodu, 11% je nezaměstnaných a 5% je zaměstnáno na plný úvazek. (srov. Psychiatrie, 2003, s. 6-9)

Z výzkumu jsem vybrala pouze ty nejvyšší hodnoty a to za účelem srovnání, jaké jsou hodnoty ohledně zaměstnání osob trpících schizofrenií

Rekvalifikace

Rekvalifikace je podle zákona o zaměstnanosti (zákon č. 435/2004 Sb., §108) získání nové, či rozšíření nebo prohloubení dosavadní rekvalifikace. Při určování jejího rozsahu se vychází z dosavadní kvalifikace, zdravotního stavu, schopností a zkušeností osoby, která má být rekvalifikována.

Tyto tři nástroje pracovní rehabilitace se řídí zákonem o zaměstnanosti a jsou poskytovány Úřadem práce, který přísluší k místu bydliště nemocného.

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou v zákoně o sociálních službách vymezeny jako služby pro osoby, které nejsou z důvodu zdravotního postižení umístitelné na

otevřeném ani na chráněném trhu práce. Základní činností, která tento druh služby charakterizuje je podpora ve vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků. (srov. zákon č. 108/2006 Sb., §67)

Jako příklad sociálně terapeutické dílny mohu uvést činnost bezbariérové tréninkové kavárny BeTreKa, která působí pod záštitou Charity Olomouc. Jde o kavárnu, ve které pracují klienti, kteří trpí duševní chorobou a jsou v remisi. Služba si klade za cíle dopomoci klientovi obnovit si dovednosti a pracovní návyky, zvládat komunikaci s hosty a v neposlední řadě informovat veřejnost o problematice duševního onemocnění.

Jako praktikant jsem mohla v delším časovém úseku vyzorovat, že klienti, kteří pravidelně navštěvovali službu, rozvíjeli tyto schopnosti, nejvíce však komunikaci s hosty kavárny.

2.10 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je jednou z částí ucelené rehabilitace, která nemá svou působnost zakotvenou v legislativě, avšak její pojetí vychází z pojetí speciální pedagogiky (srov. Votava, 2003, s. 123). V oblasti schizofrenie a duševních poruch zejména z oboru psychopedie, který se zaměřuje na edukaci osob s mentálním, či jiným duševním onemocněním (srov. Valenta, 2003, s. 7).

Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout u osob se zdravotním postižením, tedy i osob, co trpí schizofrenií nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života a prostřednictvím výchovy a vzdělávání posilovat harmonické soužití všech členů společnosti. (Votava, 2003, s. 123)

I když je pedagogická rehabilitace spíše zaměřena na populaci školního a dorostového věku, tak může být její odbornost směřována i k osobám dospělým a to v případech rekvalifikace či doplnění vzdělání pro perspektivní umístění nemocného na trh práce. (srov. tentýž, 2003, s. 123)

Nechci nikterak podceňovat úlohu pedagogické rehabilitace, ale z důvodu, že schizofrenní onemocnění nejčastěji propuká v rané dospělosti, tedy okolo dvacátého roku života, se činnost pedagogické rehabilitace bude spíše zabývat individuálními studijními plány a poradenstvím ohledně studijních záležitostí a rekvalifikace.

2.11 Rehabilitační team

Ucelená rehabilitace je specifická tím, že jde o provázané a komplexní poskytování péče na výše uvedených úrovních, proto by měli i zástupci jednotlivých oborů kooperovat a to především ve prospěch dosahování individuálně stanovených cílů.

Každá osoba má kolem sebe určitou sociální síť, která při vzniku onemocnění nezůstává nedotčená. Když se onemocnění projeví, začne v klientově životě soubor změn, které se týkají nejen zdravotního stavu, ale také jeho rodiny. Jak bylo uvedeno, tak v rámci psychoedukace je doporučeno kooperovat i s blízkou rodinou klienta a je nutné obdobně zapojovat rodinu i při celkové rehabilitaci, pokud si to ovšem klient přeje (pokud není zletilý, je nutné vždy pracovat i s rodinou). Z důvodu, že rodinní příslušníci jsou nejbližším okolím, které může negativně či pozitivně ovlivňovat klienta, tak můžeme rodinné příslušníky označit jako plnohodnotné členy rehabilitačního teamu. (srov. Mahrová, 2008, s. 63)

V následujícím textu popíšu činnosti každého odborníka a potřebné vzdělání pro oprávněný výkon profese.

Odborníkem na poli léčebné rehabilitace osob trpících schizofrenií je bezpochyby psychiatr, tedy lékař se specializací. Může být vedoucím teamu. (srov. Votava, 2003, s. 24)

Psychiatr je lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie, kterou získává po složení atestační zkoušky. Jeho činnost zahrnuje diagnostiku a léčbu, především farmakologickou, kterou je oprávněn i indikovat. (zákon č. 95/2004, §5)

Členy teamu léčebné rehabilitace mohou také být odborníci z různých lékařských odvětví, např. diabetolog, endokrinolog, neuropsycholog, atp.

Odborníci psychologické rehabilitace jsou **psycholog, klinický psycholog** a **psychoterapeut**. Požadavky na vzdělání psychologa je ukončené studium jednooborové psychologie. V praxi je žádaná atestace na povolání klinického psychologa (viz. níže). Psycholog může provádět psychodiagnostiku, kognitivní rehabilitaci, psychologické poradenství a posuzování klinické způsobilosti. (srov. Votava, 2003, s. 40-46)

Vzdělání klinického psychologa musí být v souladu s právní normou, která udává, že odborná a specializovaná způsobilost k výkonu povolání klinického psychologa se získává absolvováním nejméně pětiletého akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie a specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie. (zákon č.96/2004 Sb., §22 odst. 4)

Za výkon povolání klinického psychologa se považuje činnost preventivní, diagnostická, léčebná, neodkladná, rehabilitační a dispenzární v oboru klinická psychologie prováděná bez indikace lékaře.(zákon č. 96/2004 Sb., §22 odst. 5)

Psychoterapeut je oprávněn k provádění psychoterapie po absolvování psychoterapeutického výcviku zaměřeného na určitý směr psychoterapie.

Sociální pracovník je odborníkem sociální rehabilitace. Za adekvátní vzdělání pro výkon sociální práce se považuje vyšší odborné vzdělání získané absolvováním akreditovaného vzdělávacího programu nebo akreditované vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském či doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo prostřednictvím akreditovaných vzdělávacích kurzů se stejným zaměřením. (srov. zákon č. 108/2006, § 110 odst. a-d)

Činnosti sociálního pracovníka se zaměřují především na sociální šetření, zabezpečování agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace. (srov. zákon č.108/2006 Sb., §109)

Ergoterapeut je odborníkem v pracovní rehabilitaci a musí být podle §7 zákona č. 96/2004 Sb. absolventem akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů. V zákoně jsou uvedeny další varianty vzdělání, které jsou podmíněny začátkem studia.

Ergoterapeut provádí ergoterapeutické vyšetření, nácvik běžných denních činností, sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie. Ve spolupráci s ostatními odborníky provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností, doporučuje kompenzační a učí pacienty i členy rodiny tyto

pomůcky využívat. Také se zabývá poradenstvím v oblasti adaptace a kompenzace poruch podílí se na předpracovní rehabilitaci. (srov. Česká asociace ergoterapeutů, nedatováno)

Speciální pedagog získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd zaměřené na speciální pedagogiku. (zákon č. 563/2044 Sb., §18)

Pedagogickým pracovníkem je ten, kdo koná přímou vyučovací, výchovnou, speciálně pedagogickou nebo pedagogicko-psychologickou činnost přímým působením na vzdělávaného, kterým uskutečňuje výchovu a vzdělávání (zákon č. 563/2004 Sb., §2)

3. Místo sociálního pracovníka v teamu ucelené rehabilitace

V této kapitole se podrobněji zaměřím na sociální práci a profesi sociálního pracovníka a reflektovat jeho úlohu v rámci ucelené rehabilitace. Podle mne je nutné pojmy (sociální práce, sociální pracovník) rozvést, protože povědomí společnosti o profesi sociálního pracovníka není příliš široké a ne vždy koresponduje s realitou.

3.1 Sociální práce

„Sociální práce je podle Matouška (2003, s. 11) společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, zmírňování, vysvětlování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu.“

Cíle sociální práce se nedají stanovit globálně a to z důvodu rozmanitosti minulosti a vývoje sociální práce. V každé zemi se vyvíjí odlišným způsobem, který reflektuje historii země, zvyky, upřednostňované hodnoty a v neposlední řadě také ekonomický a politický status státu. Zatímco se v jiných zemích sociální práce vyvíjela již od začátku 20. století, v ČR byl tento vývoj zdržen čtyřicetiletým komunistickým režimem. (srov. Matoušek, 2003, s. 12)

V České republice se sociální práce zaměřuje na podporu sociálního fungování klienta, což je především, měla by se profesně zabývat lidskými vztahy vzhledem sociálnímu fungování a napomáhat klientovi vnímat realitu a řešit problémy. (srov. Navrátil, 2001, s. 7)

„Sociální fungování“ je označení pro interakce, které probíhají mezi nároky prostředí a lidmi. (srov. Navrátil, 2003 s. 87)

3.2 Sociální pracovník

Činnosti vykonávané sociálním pracovníkem podle zákona o sociálních službách jsou uvedeny již v předchozí kapitole a z tohoto důvodu se zaměřím na kompetence sociálního pracovníka, které je nutné umět pojmenovat a to především proto, že se některé kompetence jednotlivých odborníků v ucelené rehabilitaci překrývají.

Kompetence je často užívaný pojem, který není jednoznačně celosvětově definovaný. Může být vykládán jako schopnost naplňovat požadavky povolání. V českém jazyce je jeho smyslem mít patřičnou pravomoc a vědět, jak jednat. (srov. Havrdová, 1999, s41)

„Podle Havrdové (1999, s. 42) chápeme kompetence v praxi jako funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnosti reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.“ Obsah těchto kompetencí je stručně uveden v příloze č. 1.

3.3 Kompetence sociálního pracovníka při práci s klienty se schizofrenií

Při psaní této kapitoly budu čerpat z článku, který je součástí sborníku „IV. mezinárodní konference doktorandů odborů Psychológia a Sociálna práca - FSVaZ UKF“, která se konala v Nitře roku 2009. Autorka se zabývá kompetencemi sociálního pracovníka, který pracuje s duševně nemocnými, kam spadá i onemocnění schizofrenního okruhu. V následujícím textu zdůrazním důležité body a myšlenky autorky.

Kompetence sociálního pracovníka, který se věnuje práci s duševně nemocnými, byly zjišťovány pomocí počítačové databáze Systému pracovních informací (O*NET), která byla vytvořena v USA pro vymezení kompetencí různých profesí.

Sociální pracovník, který absolvoval minimálně 1. stupeň vysokoškolského vzdělání má následující kompetence:

- Poskytovat poradenství během individuálních či skupinových sezení a napomáhat jim překonávat duševní onemocnění, chudobu či nezaměstnanost;
- spolupracovat s ostatními profesionály ve věci duševního a tělesného stavu klienta;
- vést rozhovory s klientem a hodnotit záznamy;
- kooperovat s odborníky při plánování a uskutečňování léčby s ohledem na potřeby klienta;
- hodnotit míru zlepšení klienta vzhledem ke stanoveným cílům;
- informovat klienty o možnostech komunitní léčby, ať už psychiatrické či v oblasti sociálních služeb;
- spolupracovat s klientovou rodinou, radit a pomáhat jim v porozumění, zvládnání a podporování klientů;
- přizpůsobovat léčebné plány stavu klientů;
- osvětová činnost o duševním onemocnění, potírat sociální problémy rozvíjet sociální politiku a napomáhat v rozvíjení komunity. (srov. Kaniová, 2009, s. 339-340)

Pokud srovnáme tyto kompetence s těmi, které uvádí Havrdová (příloha č. 1), tak můžeme tvrdit, že se shodují a to především v kompetencích I, II, III, IV a VI.

Sociální pracovník pracující s touto cílovou skupinou musí být opravdu kvalitně vybaven znalostmi z různých oborů a to především z psychologie, terapie, léčby a rehabilitace duševních dysfunkcí. Z dovedností musí disponovat uměním aktivně naslouchat, být sociálně vnímavý a jejich vyjadřování by mělo pozbývat abstraktních pojmů a mělo by být co nejvíce konkrétní. (srov. Kaniová, 2009, s. 340)

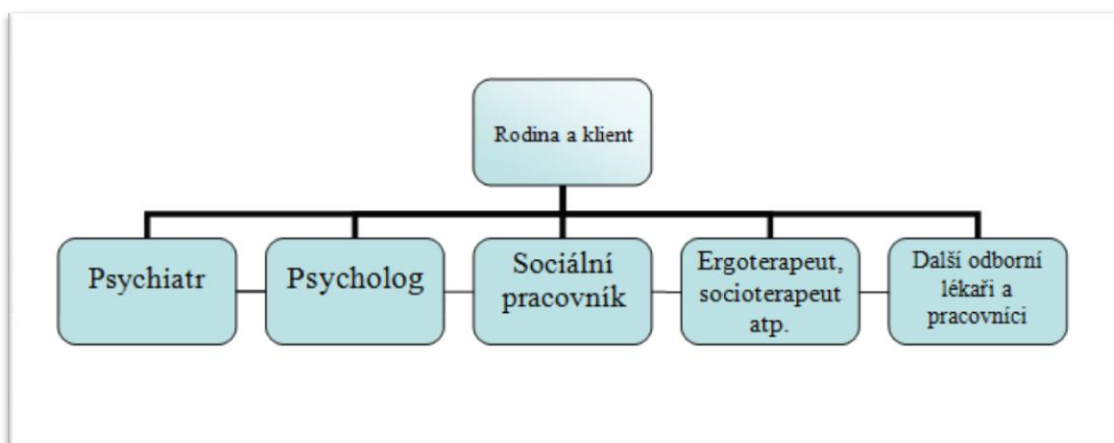
3.4 Postavení sociálního pracovníka v rehabilitačním teamu

Každý člen rehabilitačního teamu by měl mít na paměti, že spolupráce, kterou vyvíjejí s ostatními členy, není „disciplína pro soutěžení“, nýbrž prostor pro vzájemnou koordinaci a využívání odborných znalostí za účelem zlepšení stavu klienta.

Postavení sociálního pracovníka rehabilitačním teamu může mít dvě varianty. První variantou je, že všichni pracovníci zastávají rovnou pracovní pozici a ta druhá varianta je charakteristická činností sociálního pracovníka jako koordinátora ostatních odborných pracovníků. (srov. Jankovský, 2007 s. 99-103)

3.4.1 Rovná pracovní pozice členů teamu

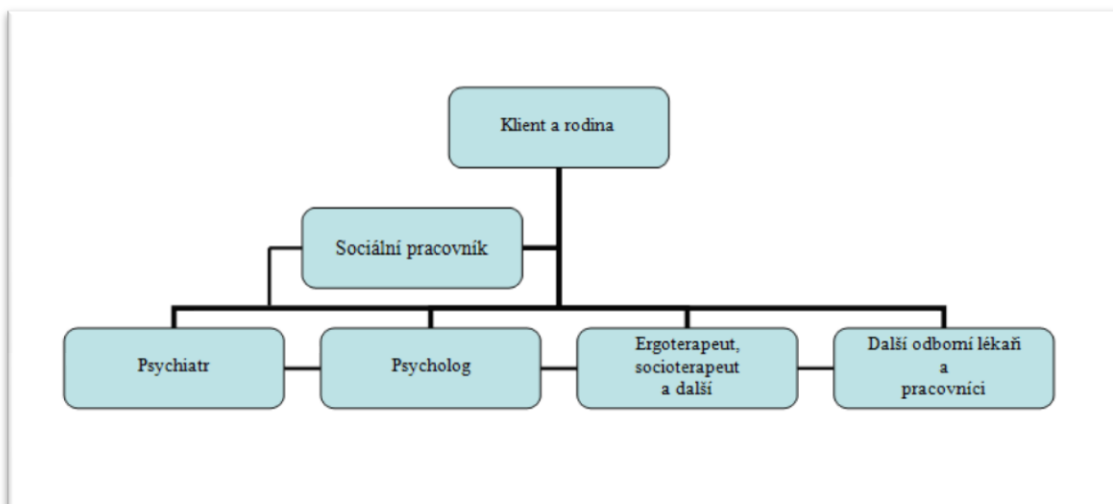
Schéma uspořádání pracovního teamu je specifické tím, že každý člen, i zákonní zástupci či blízké osoby jsou zapojeny do péče poskytované klientovi a všichni mají stejný podíl na naplňování stanovených rehabilitačních cílů. Klient je středem zájmu a proto má výhradní postavení (obr. č. 1). (srov. Jankovský, 2007 s. 99)



Obr. č. 1 Rovná pracovní pozice

3.4.2 Sociální pracovník na straně klienta

Schéma nespočívá v tom, že by měl sociální pracovník vyšší postavení v teamu než ostatní, ale v jeho postavení vůči klientovi. Je zprostředkovatelem a koordinátorem poskytované péče a zastává pozici „kompetentního prostředníka“ klienta a jeho rodině (obr. č. 2). I přes takové výsadní postavení odborníci nadále úzce spolupracují s klientem a při setkávání teamu (např. na poradách) se radí a spolupracují na dalších postupech. (srov. Jankovský, 2007, s. 103)



Obr. č. 2 Sociální pracovník na straně klienta

Nelze určit, které z těchto dvou schémat postavení sociálního pracovníka je účinnější. Je potřeba zvážit individuální situaci klienta a vzhledem k její povaze aplikovat schéma, které je nejvhodnější.

Závěr

Cílem práce bylo popsat ucelenou rehabilitaci osob trpících schizofrenií a vymezit místo sociálního pracovníka v teamu, který tuto rehabilitaci provádí. Pro splnění těchto cílů bylo nutné popsat schizofrenii, její vznik, příznaky a léčbu. Z důvodu, aby se neodborná veřejnost mohla informovat o problematice schizofrenie. Zpracování této části nebylo jednoduché a to zejména z toho důvodu, že nejsem psychiatrickým odborníkem. I přesto jsem se kapitulu snažila zpracovat ve srozumitelné formě. Pro dotvoření představy o schizofrenii doporučuji shlédnout dokument z cyklu *Záhady duše*, který vysílala Česká televize. Průvodcem dokumentu je *Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych.*, autor knihy, ze které jsem čerpala v mnohých částech práce.

Kapitoly zabývající se ucelenou rehabilitací jsou pojaty rozdílně. První z nich se zaměřuje na obecné informace o této problematice, jako je vznik, právní ukotvení, cíl a složky ucelené rehabilitace. Je důležité nejdříve pochopit podstatu studované věci a až posléze ji můžeme aplikovat do praxe. Opačně by to byl postup nelogický. Specifičtější část, tedy ta, která se zabývá ucelenou rehabilitací osob trpících schizofrenií, je již vztahována na problematiku schizofrenie a zabývá se především metodami a formami jednotlivých složek rehabilitace. Je nutné podotknout, že literatura zabývající se ucelenou rehabilitací osob trpících schizofrenií není lehce dostupná. Myslím, že nová literatura zabývající se tímto tématem by mohla sloužit lidem, kteří se dostávají do styku s duševně nemocnými, jelikož je svým komplexním pojetím vhodná pro řešení situace schizofrenních klientů.

Poslední část práce je věnována sociálnímu pracovníkovi, jeho práci, kompetencím a postavení v multidisciplinárním teamu. Zvažovala jsem jak tuto kapitulu zpracovat a nakonec jsem se rozhodla pro propojení kompetencí a specifických činností sociálního pracovníka v péči o duševně nemocné. Velmi nápomocný mi k tomu byl příspěvek Mgr. Ivany Kaniové, Ph.D., která se zaměřila na kompetence v praxi sociálního pracovníka v oblasti péče o duševní zdraví. Díky tomuto příspěvku pro mne bylo jednodušší tyto kompetence identifikovat.

Po celkovém zhodnocení a studiu dostupné literatury jsem dospěla k názoru, že ucelená rehabilitace osob trpících schizofrenií je tou nejlepší variantou poskytování péče klientovi. Pokud by byla tato forma péče rozvíjena směrem ke koncepci

komunitní péče, dařilo by se klienty integrovat do společnosti účinněji a možná i rychleji, i když rychlost integrace je dle mého názoru nedůležitá. Vzhledem k činnosti ministerstev, která je popsána v textu, je možné předpokládat, že se časem dočkáme i právní úpravy ucelené rehabilitace a pro objekty poskytující ucelenou rehabilitaci bude platit jednoznačná norma. Při optimistickém očekávání můžeme předpokládat, že právní norma vnese kvalitu a dostupnost péče o klienty, o které by nám mělo jít především.

Bibliografický seznam

- BAUDIŠ, P. (2004) *Organizace psychiatrické péče*. In Höschl, Cyril. (Eds.), *Psychiatrie* (s. 51-411). Praha: TIGIS.
- BOUČEK, J. (2003). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- HAUSNER, M. (1981) *Duševně nemocný mezi námi*. Praha: Avicentrum.
- HAVRDOVÁ, Z. (1999). *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha.
- HELL, D.(1997). *Schizofrenie: základy pre porozumenie a orientáciu*. Trenčín: F.
- HORÁČEK, J. ŠVESTKA, J. (2004) *Psychopatologie (obecná psychiatrie)*. In Höschl, Cyril. (Eds.), *Psychiatrie* (s. 51-411). Praha: TIGIS.
- CHARITA OLOMOUC, Dům sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním. (2011) *Metodika poskytování služby: Informační materiál pro uživatele a metodický manuál pro pracovníky, dobrovolníky a praktikanty*. Olomouc.
- JELÍNKOVÁ, J. KRIVOŠÍKOVÁ , M. ŠAJTAROVÁ, L. (2009) *Ergoterapie*. Praha: Portál.
- KALINA, K. (2001). *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.
- KRATOCHVÍL, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- KUČEROVÁ, H. ŘÍKOVÁ, Z. (2006). *Kognitivní deficit u schizofrenie*. In: PREISS, M. KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v psychiatrii* (s. 189-226). Praha: Grada.
- KUČEROVÁ, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
- LIBIGER, J. (1991). *Schizofrenie*. Kladno: Nezávislý novinář.
- LIBIGER, J. (2004). *Schizofrenní poruchy*. In Höschl, Cyril. (Eds.), *Psychiatrie* (s. 51-411). Praha: TIGIS.
- MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M.. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. (2008). Praha: Grada.
- MALÁ, E. PAVLOVSKÝ, P. (2002). *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. (2003) *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.

- NAVRÁTIL, P. (2000). *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Brno: Národní centrum pro rodinu.
- NOVOSAD, L. (2000). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.
- PROBSTOVÁ, V. (2005). *Sociální práce s duševně nemocnými*. In: Matoušek, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (139-159). Praha: Portál.
- SEIFERTOVÁ, D. (2004) *Elektrokonvulzivní terapie*. In Höschl, Cyril. (Eds.), *Psychiatrie* (s. 51-411). Praha: TIGIS.
- SLOWÍK, J. (2007). *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada.
- SMOLÍK, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- ŠVESTKA, J. *Antipsychotika*. In Höschl, Cyril. (Eds.), *Psychiatrie* (s. 696-708). 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004. ISBN 80-900-1307-4.
- VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- VALENTA, M. MÜLLER, O. ŠAJTAROVÁ, L. (2003). *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. Praha: Parta.
- VOTAVA, J. (2005). *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum.
- VYMĚTAL, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- ZVOLSKÝ, P. RABOCH, J. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén

Internetové zdroje

DÓCI, I., M. KOVÁŘOVÁ a E. SAFKOVA. *Sociální problémy pacientů so schizofreniou*[online]. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/1-2003/psy1-2003-cla2.pdf>

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*[online]. 2011-12-27 [cit. 2012-04-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F20-F29.html>

MALÁ, Karolína, Hana NAVRÁTILOVÁ. *Edukace při onemocněních psychózou*. [online]. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: [http://www.pldobrany.cz/prilohy/064_Edukace při onemocněních psychózou.doc](http://www.pldobrany.cz/prilohy/064_Edukace%20při%20onemocněních%20psychózou.doc)

PEČEŇÁK, Jan, Tereza SZYMANSKÁ a Ivan TŮMA. Dlouhodobě působící injekční antipsychotika. [online]. [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Klinicke-studie/Dlouhodobě-působící-injekční-antipsychotika-malo-využívána-možnost- léčby/8-19-jS.magarticle.aspx>

PĚČ, Ondřej. Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009a, roč. 2009, č. 2, s. 76-78 [cit. 2012-04-07]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200902-0005.php>

ČEVELA, R., ČELEDOVÁ L. Ministerstvo práce a sociálních věcí: Osud koordinované rehabilitace. *MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ* [online]. 17. 10. 2011 [cit. 2012-04-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>

Česká asociace ergoterapeutů. [online]. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

KANIOVÁ, Ivana. *Kompetence v praxi sociálního pracovníka v oblasti péče o duševní zdraví*. IV. Mezinárodní konference doktorandů odborů Psychologie a Sociální práce. 2009, s. 338-347 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z: http://www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/PhD_konf_zbornik_2009/SUBORY/PDF/41_Kaniova.pdf

KULHAVÁ, Zuzana. *Psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných*. Zlín, 2009. Dostupné z: http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/8256/kulhav%C3%A1_2009_bp.pdf?s

equence=1. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce MUDr. Jan Stuchlík.

OSN. *Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. 1993. In: Helpnet: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami. [online]. [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/mezinarodni-dokumenty/1065-3>

ŠUPA, J. Expertíza pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním“. Brno: 2006. Dostupné na [www](http://www2.brno.cz/download/osp/1197449363.doc):

< <http://www2.brno.cz/download/osp/1197449363.doc> >

ČESKÁ TELEVIZE. *Záhady duše*. Dokumentární pořad. 2009. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/dily/>

Periodika

JANKOVSKÝ, Jiří. *Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního teamu*. Sociální práce/Sociální práca. 1/2007.

BOUČEK, Jaroslav. *Rehabilitace v psychiatrii*. *Psychiatria pre prax*. roč. 2004/5.

BAJER, Pavel. *Komunitní služby sdružení Eset-Help pomáhají duševně nemocným ke změně*. Sociální práce/Sociální práca. 1/2008.

NAVRÁTIL, Pavel. *Životní situace jako předmět intervence sociálního pracovníka*. Sociální práce/Sociální práca. 2/2003

Legislativa

Zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících

Přílohy

Příloha č. 1 Stručný přehled kompetencí podle Havrdové (1999)

I. kompetence: Rozvíjet účinnou komunikaci

Umí naslouchat a vytvářet podmínky pro otevřenou komunikaci mezi jednotlivými klienty, skupinami a komunitami. Iniciuje spolupráci a motivuje pro změnu v zájmu klienta.

<i>Společná kritéria</i>
<i>1. Navázat kontakt (vytvořit atmosféru důvěry, dbát přiměřené neverbální komunikace)</i>
<i>2. Přizpůsobit komunikaci věku, individualitě a podmínkám</i>
<i>3. Rozeznávat shodná a odlišná hlediska, hodnoty a cíle a respektovat je</i>
<i>4. Poskytovat přiměřený prostor pro vyjasnění a vyjádření názorů a cílů klientů</i>
<i>5. Usnadňovat komunikaci mezi klienty, organizacemi a širším společenstvím</i>
<i>6. Motivovat pro překonávání překážek v dosahování vlastních hodnot a cílů klientů</i>
<i>7. Udržovat pracovní vztah s klientem a jeho okolím v procesu změny, získávat a poskytovat přiměřenou zpětnou vazbu</i>

II. kompetence: Orientovat se a plánovat postup

Ve spolupráci s klienty, jejich pečovateli a jinými odborníky získává přehled o jejich současných i potenciálních potřebách i zdrojích a společně plánuje postupy, reagující na zjištěnou nouzi či ohrožení.

<i>Společná kritéria</i>
<i>1. Orientovat se v potřebách a možnostech klientů a jejich rodin ve vazbě na okolí</i>
<i>2. Orientovat se v legislativních, společenských a organizačních podmínkách a možnostech působících v dané situaci</i>
<i>3. Sbírat a zpracovávat informace z různých zdrojů</i>
<i>4. Zvažovat spolu s klienty a jejich okolím různé možnosti působení a změny</i>
<i>5. Rozeznávat rizikové faktory a stanovit meze</i>
<i>6. Vést přiměřenou dokumentaci</i>
<i>7. Pomáhat objasňovat cíle, zdroje a možné překážky a navrhopvat možná řešení</i>
<i>8. Vést klienta k porozumění důsledků různých rozhodnutí</i>
<i>9. Dohodnout plán a rozdělení úkolů k dosažení změny</i>

<i>Doplňující kritéria pro studenty</i>
<i>1. Vede přiměřenou dokumentaci o situaci klienta</i>
<i>2. Orientuje se v sociálních záznamech</i>
<i>3. Je schopen ze sociálního záznamu vybrat potřebné informace</i>
<i>4. Je schopen provést samostatně záznam o vyšetření (pozorování) klienta</i>
<i>5. Ovládá prostředky moderní kancelářské techniky</i>

III. kompetence: Podporovat a pomáhat k soběstačnosti

Podporuje příležitosti k tomu, aby lidé mohli použít své vlastní síly a schopnosti. Pomáhá jim přebírat zodpovědnost, zabezpečovat svá práva a kontrolovat ohrožující chování

<i>Společná kritéria</i>
<i>1. Umět poskytnout emoční podporu</i>
<i>2. Pomáhat lidem rozeznávat a vyjadřovat jejich přednosti, schopnosti a silné stránky</i>
<i>3. Umět objasnit lidem jejich práva a způsoby jejich uplatnění</i>
<i>Kritéria pro pracovníky</i>
<i>1. Pomáhat účasti klientů na rozhodování, přejímání odpovědnosti a uplatnění práv</i>
<i>2. Podporovat získání a rozšíření informací, dovedností a schopností, které posilují soběstačnost</i>
<i>3. Přímo vystupovat v zájmu klientů, obhajovat a vysvětlovat jejich oprávněné zájmy</i>
<i>4. Zvažovat právo lidí přebírat na sebe riziko poškození</i>
<i>5. Pomáhat lidem vyvíjet větší kontrolu nad chováním, které ohrožuje je nebo okolí</i>
<i>6. Chápat a respektovat odlišnosti menšin a přispívat k odstraňování diskriminace a útlaku</i>

IV. kompetence: Zasahovat a poskytovat služby

Poskytuje nebo zajišťuje přiměřenou úroveň podpory, péče, ochrany a kontroly a zapojuje se do prevence. Podporuje spolupráci mezi jednotlivci, skupinami, komunitami a organizacemi.

<i>Společná kritéria</i>
<i>1. Znat možnosti a metody poskytování služeb a intervence</i>
<i>2. Poskytovat pomoc a službu v souladu s dohodnutým postupem</i>
<i>Kritéria pro pracovníky</i>
<i>3. Pravidelně hodnotit měnící se situaci, pokroky a účinnost postupu spolu s klienty</i>
<i>4. Organizovat a koordinovat poskytování pomoci a služeb z různých zdrojů</i>
<i>5. Vytvářet příznivé okolnosti pro přijetí služby a adaptaci na ni</i>
<i>6. Aktivně se zapojovat do programů, které snižují sociální riziko a zlepšují sociální podmínky a rozšiřují možnosti důstojného života lidí</i>
<i>7. Aktivně čelit chování, které vytváří riziko a ohrožuje klienta nebo okolí</i>
<i>8. Pomáhat zvládat konflikt, napětí a stres uživatelům služeb a jejich okolí a zlepšovat jejich spolupráci</i>
<i>9. Připravit vhodné podmínky pro zdařilé odpoutání při ukončení služby</i>

V. kompetence: Přispívat k práci organizace (kompetence pracovníků)

Pracuje jako odpovědný člen organizace, přispívá k hodnocení a zlepšování její práce a účinnosti služeb pro klienty a efektivně využívá všech zdrojů. Spolupracuje s kolegy.

<i>Společná kritéria</i>
<i>1. Rozumět struktuře organizace, jejím cílům, reflektovat pravidla a režim</i>
<i>2. Jednat v souladu s právy klientů, pravidly organizace a etikou sociální práce a přispívat k dobré pověsti pracoviště na základě solidních výsledků</i>
<i>3. Účinně komunikovat a spolupracovat s kolegy a jinými pracovníky</i>
<i>4. Umět charakterizovat tým, identifikovat vlastní místo v něm a reflektovat vlastní přínos pro práci v týmu</i>
<i>5. Podílet se na kritickém hodnocení práce organizace, přispívat ke zlepšení její kultury a přiměřenosti poskytovaných služeb potřebám a právům různých klientů</i>
<i>6. Znat dostupné zdroje organizace, efektivně je využívat a chápat priority</i>
<i>7. Vytvářet podmínky pro získání zpětné vazby o chodu organizace a o vlastní práci od klientů a kolegů a navrhnout konstruktivní změny</i>

V. kompetence: Přispívat k práci organizace (kompetence studentů)

Dovede se zorientovat v organizaci a začlenit do způsobu její práce. Chápe své postavení v týmu, spolupracuje s kolegy a zodpovědně plní svou roli. Podílí se na kritickém hodnocení práce organizace a navrhuje změny.

<i>Společná kritéria</i>
<i>1. Dodržovat základní pravidla společenského styku a respektovat kolegy</i>
<i>2. Přijímat a poskytovat zpětnou vazbu a kritiku</i>
<i>3. Projevovat se zodpovědně</i>
<i>4. Aktivně přistupovat k plnění úkolů</i>
<i>5. Rozumět struktuře, cílům a hodnotám organizace</i>
<i>6. Respektovat pravidla a zájmy organizace</i>
<i>7. Kriticky reflektovat práci organizace a navrhopvat změny</i>
<i>8. Zabezpečovat výměnu informací s jinými subjekty</i>
<i>9. Navazovat kontakt s institucemi v lokalitě</i>
<i>10. Umět charakterizovat tým a identifikovat vlastní místo v něm</i>

VI. kompetence: Odborně růst

Je schopen konzultovat a řídit svůj odborný i osobní růst. Je schopen se kvalifikovaně rozhodovat, spolupracovat v síti, dosahovat vytčených pracovních cílů ve stanoveném čase a přispívat k pozitivním změnám ve svém oboru.

<i>Společná kritéria</i>
<i>1. Sledovat vývoj zákonodárství v sociální oblasti a doplňovat své znalosti a dovednosti v sociální práci</i>
<i>2. Využívat kontaktů a výměny zkušeností na seminářích a vzdělávacích akcích k získání a prohloubení informací ke svému oboru</i>
<i>3. Ve spolupráci s druhými kriticky hodnotit vlastní rozvoj a dále se učit</i>
<i>4. Reflektovat osobní stresy, jejich příčiny, projevy a emočně se vyladovat</i>
<i>5. Identifikovat u sebe i u druhých předsudky a stereotypy, které negativně působí na práci s klienty a pomáhat je překonávat</i>
<i>6. Umět si zorganizovat práci a dosáhnout cíle, který si vytýčil ve stanoveném čase</i>

<i>Kritéria pouze pro pracovníky</i>
<i>1. Sdílet s kolegy profesionální nejistoty, rozeznávat teoretické souvislosti a mnohostrannost možných řešení a vyvažovat práva, potřeby a možnosti</i>
<i>2. Rozeznávat, kdo a v jakém čase musí rozhodnout, identifikovat rizika spojená s alternativami a přijímat zodpovědnost za vlastní rozhodnutí</i>
<i>3. Tvořivě využívat příležitosti k dosažení pozitivních změn a hledat nová řešení</i>
<i>4. Vytvářet a udržovat pracovní vztahy s jednotlivci, organizacemi, odborníky a dobrovolníky, respektovat jejich odlišné pohledy a pracovat s nimi</i>