

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

Diplomová práce

Multidisciplinární přístup ke klientům se schizofrenií

Autor práce: Bc. Lucie Dávidová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Ročník: 2.

Forma studia: Kombinovaná

Vedoucí práce: Dr. Ing. Alois Křišťan, Th.D.

2014

Prohlášení

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

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

Ve Strakonici, dne 26. 3. 2014

.....

Poděkování

Děkuji vedoucímu diplomové práce Dr. Ing. Aloisovi Křišťanovi, Th.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Zároveň bych také ráda poděkovala Mgr. Martině Pavelkové za cenné připomínky k etické části práce.

Obsah

Úvod	6
1 Sociální práce a schizofrenie	8
1.1 Sociální práce v kontextu duševního onemocnění	9
1.1.1 Schizofrenie	10
1.1.1.1 Vznik a příčiny schizofrenie	11
1.1.1.2 Projevy schizofrenie	12
1.1.1.3 Klinické formy	13
1.1.1.4 Léčba schizofrenie	14
1.2 Klient se schizofrenií v rámci odborné pomoci	17
2 Multidisciplinární tým a péče o klienty se schizofrenií	20
2.1 Case management	20
2.2 Psychiatrická rehabilitace	22
2.3. Ucelená rehabilitace	24
2.4 Složení multitýmu	26
2.4.1 Psychiatr	26
2.4.2 Zdravotní a psychiatrická sestra	29
2.4.3 Psycholog, psychoterapeut	31
2.4.4 Sociální pracovník	33
2.4.4.1 Camberwellské hodnocení potřeb	35
2.4.5 Spolupráce jednotlivých složek multitýmu	39
2.4.5.1 Multidisciplinární tým v České republice	39
2.4.5.2 Multidisciplinární týmy v zahraničí	43
2.4.5.3 Transformace psychiatrické péče v České republice	46
3 Etické aspekty práce multidisciplinárního týmu	50
3.1 Základní terminologie	50
3.2 Etický kodex lékaře	52
3.2.1 Eticky problémové oblasti profese psychiatra	54
3.3 Etický kodex zdravotní sestry	57

3.3.1 Eticky problémové oblasti profese zdravotní sestry.....	58
3.4 Etický kodex klinického psychologa	59
3.4.1 Eticky problémové oblasti profese klinického psychologa.....	61
3.5 Etický kodex psychoterapeuta	64
3.5.1 Eticky problémové oblasti profese psychoterapeuta	66
3.6 Etický kodex sociálního pracovníka	68
3.6.1 Eticky problémové oblasti profese sociálního pracovníka.....	71
3.7 Diskuze.....	74
Závěr	79
Seznam použitých zdrojů	81

Úvod

Téma diplomové práce „Multidisciplinární přístup ke klientům se schizofrenií“ jsem si vybrala hned z několika důvodů. Již dva roky pracuji na pozici terénního sociálního pracovníka v nestátní neziskové organizaci, která poskytuje pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním. Denně se setkávám s klienty, kteří různě dlouhou dobu žijí s vědomím, že jejich stanovená diagnóza je schizofrenie. Postupem času jsem začala hluboce vnímat, jak schizofrenie zasahuje do všech oblastí života mých klientů. V organizaci, kde pracuji, se snažíme o multidisciplinární přístup k schizofrenním klientům a já vidím stále intenzivněji potřebu komplexního přístupu. Dalším důvodem pro výběr tématu diplomové práce jsou stále častější diskuze a dokonce i praktické kroky v rámci psychiatrické transformace v České republice. Předsudky o schizofrenicích, kteří jsou pro společnost nebezpeční, se začínají pomalým tempem vytrácet a nastupuje přístup komunitní, což znamená, že schizofrenici by se měli co nejvíce zapojovat do komunity, ve které žijí. K tomu je však potřeba komplexní či multidisciplinární přístup jednotlivých odborníků. Potřeba multitymu sílí a to je také jeden z důvodů, proč se takovou problematikou chci v následujících řádcích zabývat. Vzájemná spolupráce profesionálů s sebou přináší nemálo etických otázek, kterým je také potřeba věnovat jistou míru pozornosti.

Cílem diplomové práce bude reflexe multidisciplinárního přístupu ke klientům se schizofrenií s větším apelem na sociální práci a se zřetelem na etický základ jednotlivých zúčastněných oborů. Práce je koncipovaná tak, aby přirozeně propojovala teoretické poznatky s praktickými, a tím naplnila stanovený cíl. Praktické exkurzy a připomínky, které se v rámci diplomové práce budou objevovat, pochází nejen z mé dvouleté praxe, ale i z praxe mých kolegů, sociálních pracovníků, se kterými spolupracuji. Nemají poskytovat určitá pevně stanovená dogmata, nýbrž praktický náhled, ale uvědomuji si, že tento úhel pohledu je jednostranný.

K naplnění cíle diplomové práce je zapotřebí, abych se dotkla několika odpovídajících oblastí. Jedná se zejména o schizofrenii v rámci sociální práce, o specifika, která schizofrenie vyžaduje, ale také o přesné definování všech složek multitymu, který se schizofrenními klienty pracuje. Diplomová práce má tři hlavní kapitoly, které se bezprostředně váží ke struktuře multidisciplinárního přístupu ke klientům se schizofrenií. První kapitola, která má název „Sociální práce a schizofrenie“ pojednává o sociální práci v kontextu duševního onemocnění. Pro

následující kapitoly je nezbytné, aby tato kapitola obsahovala také specifika schizofrenie jako duševního onemocnění, s apelem na poskytování odborné pomoci multidisciplinárním přístupem. Druhá kapitola diplomové práce s názvem „Multidisciplinární tým v rámci péče o klienty se schizofrenií“ se nejprve věnuje přístupům, v rámci kterých multitým funguje. Dále kapitola hovoří o přesném složení týmu, který pracuje se schizofrenními klienty. Jsou zde popsány jednotlivé profese a jejich činnost potřebná v zajištění komplexního přístupu. Třetí a poslední kapitola se nazývá „Etické aspekty práce multidisciplinárního týmu“. Na začátku je krátce pojednáno o základní terminologii, která je potřebná pro návazné podkapitoly. Dále jsou zde uvedeny etické kodexy všech zúčastněných profesí a následně popsány eticky problémové oblasti, které vycházejí z činnosti konkrétních odborníků. Kapitola je završena diskuzí, kde se pokusím srovnat etické základy odborníků a popsat etické problémy, které plynou z práce multidisciplinárního týmu.

K napsání diplomové práce jsem využívala literaturu z oblasti sociální práce, psychiatrie, psychologie, psychoterapie a etiky. Multidisciplinárnímu přístupu ke klientům se schizofrenií není věnována téměř žádná monotematická publikace, proto bylo potřeba informace z jednotlivých oblastí zpracovávat komplexně. Přesto mi na cestě za vytvořením diplomové práce byly nápomocné publikace od pana Matouška, Praška, Pěče, Mahrové a Venglářové, Weisse, Jankovského a dalších. Za podstatné považuji také internetové zdroje, které nejsou dostupné v tištěné podobě. V neposlední řadě se zdrojem použitých informací stala také má profese, v níž mám možnost částečně využít charakteru metody zúčastněného pozorování a zjištěné poznatky zde interpretovat.

1 Sociální práce a schizofrenie

Sociální práce je obor velmi výjimečný a řadí se mezi pomáhající profese. Ač si pod pojmem pomáhající profese vesměs každý něco představí, přesná definice neexistuje. „Za „pomáhající obor“ tedy můžeme považovat organizovanou skupinu pracovníků, kteří lidem v nesnázích poskytují specializovaný typ podpory nebo zdrojů s cílem umožnit jim zvládat jejich problémy, či uspokojovat potřeby“.¹ Mezi pomáhající profese se řadí obory jako medicína, psychiatrie, pedagogika, psychoterapie, poradenství, ošetrovatelství aj.²

Každá výše uvedená profese má své hodnotové základy a věnuje se určité oblasti života daného klienta, se kterou potřebuje pomoci. Sociální práce se v tomto kontextu pomáhání velmi vyjímá. Hlavním a důležitým argumentem pro toto tvrzení je samotný cíl sociální práce. Sociální práce si klade za hlavní cíl napomáhat a zlepšovat sociální fungování jednotlivců, rodin, skupin, komunit a vést dialog mezi očekáváními a nároky klienta a prostředím, ve kterém žije.³

Sociálním fungováním se myslí interakce, které vznikají a probíhají neustále mezi prostředím a lidmi. Prostředí, ve kterém lidé žijí, na ně klade spoustu nároků, které je nutno zvládat a reagovat na ně. Lidé, kteří se nepotýkají s žádnými nebo minimálními problémy, tyto nároky zvládají a je v interakcích rovnováha. Problém nastává, pokud lidé nejsou schopni odpovídat na požadavky prostředí, které však mohou být i neadekvátní. Pomineme-li neadekvátnost požadavků ze strany prostředí, lidé si sami neumí s tímto nezvládnutím pomoci a uchylují se k odborné pomoci.⁴ Jelikož sociální práce tyto „sociální problémy“ řeší, lidé se obracejí na jednotlivé poskytovatele sociálních služeb.

Je však zřejmé, ale přesto stojí za zmínku, že sociální práci vykonávají odborníci, sociální pracovníci. Sociální pracovník musí nutně mít vzdělání v oboru a poté tuto odbornou pomáhající profesi může vykonávat. Nutno však podotknout, že dobrý sociální pracovník není každý a kompetentnost se neomezuje jen na získané vzdělání. Musí se vyznačovat jak profesními, tak i osobnostními předpoklady pro výkon profese sociální práce.

¹ MUSIL, L. Sociální práce a jiné pomáhající obory/profese. In MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, s. 506.

² Srov. tamtéž.

³ Srov. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Úvod: Cíle a úroveň sociální práce, s. 11.

⁴ Srov. NAVRÁTIL, P. Sociální fungování a životní situace. In MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, s. 227.

K osobnostním předpokladům, kterých je mnoho, můžeme zařadit prvotně schopnost empatie, kde dochází ke kombinaci porozumění a vcítění se do daného stavu klienta. Základní je i schopnost akceptace, kdy pracovník respektuje jednotlivé názory a postoje klienta, i když s nimi prvotně nesouhlasí. Akceptace neboli přijímání druhého takovým, jaký je, vychází z předpokladu, že člověk je hodnotovou bytostí s vlastní důstojností. Velmi nosným a nezbytným předpokladem k výkonu sociální práce jsou komunikační dovednosti. Jedná se jak o verbální, tak i neverbální komunikaci.⁵ Do osobnostních předpokladů sociálního pracovníka bychom mohli ještě zařadit individuální etickou motivaci, vědomí mravní povinnosti a odpovědnost.⁶ Hlavním profesním předpokladem je potřebné vzdělání pracovníků, které definuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Další předpoklady jak teoretické, tak praktické jsou utvářeny během několikaletého vzdělávání a v praxi návazným dalším vzděláváním v jednotlivých kurzech, seminářích aj.

1.1 Sociální práce v kontextu duševního onemocnění

Jak již bylo uvedeno výše, sociální práce si klade za jeden ze svých cílů zlepšení sociálního fungování svých klientů. Je dobré si uvědomit, že sociální fungování postihuje všechny oblasti lidského života. U duševního onemocnění je to velmi dobře zachytitelné, neboť samotná duševní nemoc velkou měrou zasahuje do života jednotlivce. „*Lidé s duševní nemocí vykazují deficity, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování, což může být způsobeno buď geneticky, nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk vyvíjí.*“⁷

Sociální práce věnovaná duševně nemocným je vykonávána na více úrovních. První úroveň, kdy se klient setkává se sociálním pracovníkem, je institucionalizovaná forma pomoci - a sice většinou se jedná o psychiatrické zařízení – psychiatrickou léčebnu. V psychiatrické léčebně, někdy označované jako tradiční formu sociální práce s duševně nemocnými klienty, se většinou poprvé setkává klient se sociálním pracovníkem, který mu je nápomocný ve zhodnocení jeho sociálního stavu a především v jeho orientaci. Sociální práce na tomto poli působnosti probíhá ve stanovení sociální

⁵ Srov. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 23-24, 62, 89.

⁶ Srov. ŠRAJER, J. Etika a požadavek komplexnosti v sociální práci. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2012, roč. 12, č. 3, s. 85.

⁷ VANDER, J. Lidé s duševní nemocí. In MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, s. 400.

diagnózy klienta, na jeho finančním zabezpečení a vůbec na zajištění jeho základních životních podmínek v lůžkovém zařízení.⁸

Druhou úroveň sociální práce vykonávají pracovníci sociálních odborů na úřadech. Duševně nemocný se se sociálními pracovníky na úřadech potkává v kontextu se žádostmi o různé typy dávek, invalidního důchodu a v poslední řadě i v roli opatrovníků.⁹ Časté spojení duševně nemocných lidí spočívá právě v rámci omezení právní způsobilosti a tím pádem i velké stigmatizaci, spojené s mnoha etickými otázkami.

Velmi podstatnou roli v sociální práci s výše uvedenou cílovou skupinou hrají sociální služby, které jsou poskytovány ambulantní a terénní formou. Klientovi sociální pracovníci v těchto zařízeních a organizacích poskytují převážně pomoc a podporu v jeho životě s psychiatrickou diagnózou. Děje se tak většinou prostřednictvím sociální rehabilitace. Sociální rehabilitace je v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definována takto: „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativní způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.*“¹⁰ Tato zařízení mají vždy přesně vyspecifikovanou cílovou skupinu, aby mohla co nejlépe poskytovat vhodnou pomoc klientovi. Jednou z diagnóz, která je velmi rozšířená, společností často diskutovaná a přijímaná skoro ve všech typech těchto zařízení, je schizofrenie.

Jelikož je tato psychiatrická diagnóza velmi závažná a postihuje všechny oblasti života klienta, je vhodné, aby pomoc prostřednictvím sociální práce byla vykonávána komunitním způsobem, a sice prostřednictvím multidisciplinárního týmu, o kterém bude pojednáváno dále.

1.1.1 Schizofrenie

Nyní bude pojednáno o schizofrenii jako o duševním onemocnění. Povědomí o problematice této diagnózy je pro nás zásadní, neboť se s tímto onemocněním setkáme v celé této práci.

⁸ Srov. PĚČ, O.; BAJER, P. Editorial. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2008, roč. 8, č. 1, s. 1.

⁹ Srov. tamtéž.

¹⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1. 1. 2011, § 70.

Schizofrenie je nejzávažnější a nejčastější duševní onemocnění, které se vyznačuje výraznou poruchou myšlení, vnímání, chování a citů. Samotný název „schizofrenie“, který je odvozen z řečtiny, znamená štěpení rozumu a myšlení. „Schizo“ ve smyslu štěpit se a „phren“ rozum a myšlení. Společností bývá schizofrenie často mylně vykládána jako rozdvojení osobnosti, což není správné, neboť problematika je daleko obtížnější.¹¹

1.1.1.1 Vznik a příčiny schizofrenie

První psychotické známky se objevují nejčastěji v období mezi 15. – 25. rokem – tedy v adolescenci, není však výjimkou, že první ataka nemoci může nastoupit dříve. Není však známá jasná a definitivní příčina rozvoje schizofrenie. Bylo však vytvořeno několik teorií o vzniku onemocnění, jako např. virová, rodinná, imunologická teorie a další. I když neznáme jasnou a jedinou příčinu rozvoje schizofrenie, můžeme s jistotou říci, že se na vzniku podílí více faktorů. Mohou to být jednak příčiny dědičné, vzniklé působením prostředí, ve kterém klient žije, anebo událostmi, situacemi, které zažil.¹²

Dědičnost schizofrenie nebyla prokázána, pouze je prokázána pravděpodobnost výskytu onemocnění. Tato skutečnost vyplývá ze studie dědičnosti, kdy je vyjádřena pravděpodobnost, že pokud jeden z rodičů dítěte trpí schizofrenií, jeho potomek má 10% pravděpodobnost, že onemocní také. Pravděpodobnost se zvyšuje, pokud jsou oba rodiče schizofrenici a to skoro o čtyřnásobek.¹³

Další příčinou schizofrenie, která je v literatuře uváděna, je vada ve vývoji dítěte. Kdy může dojít k poškození mozku v perinatálním vývoji nebo během raného dětství. Schizofrenie může také souviset s chřipkovým onemocněním matky ve druhém trimestru těhotenství nebo s komplikovaným porodem.¹⁴

Na vznik schizofrenie se významně podílí biologické a sociální faktory. Jedná se především o hypersenzitivitu a vulnerabilitu, neboli nadměrnou citlivost a zranitelnost. Schizofrenie způsobí, že klient není schopen rozeznat a zpracovat důležité a nedůležité podněty jako zdravý člověk. Je tedy zahlcen informacemi a impulzy, které nedokáže třídit a chová se pro okolí nepochopitelně. Velmi těžko

¹¹ Srov. PRAŠKO, J.; BAREŠ, M. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*, s. 14-15.

¹² Srov. tamtéž, s. 15-17.

¹³ Srov. tamtéž, s. 17.

¹⁴ Srov. COHEN, M. R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*, s. 161.

se klient dokáže vyhranit vůči okolnímu světu a zažívá problémy spojené s vlastní identitou. Dnešní pohled na schizofrenii zastává názor, že k prvnímu propuknutí ataky dochází, pokud člověk má vlohu k tomuto onemocnění a je vystaven velké zátěži prostředí, ve kterém žije.¹⁵

1.1.1.2 Projevy schizofrenie

Jak již bylo řečeno, schizofrenie významně narušuje chování, vnímání, prožívání a citovou stránku. Klient tedy nedokáže rozlišit mezi realitou a svým nereálným vnímáním. Tato skutečnost se vyjadřuje psychopatologickými projevy, které se nazývají bludy a halucinace. Tyto projevy patří do takzvaných psychotických neboli pozitivních příznaků schizofrenie.¹⁶ Vedle pozitivních příznaků schizofrenie jsou známé i negativní.

„Halucinace jsou projevem zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu.“¹⁷ Halucinace postihují všechny smysly, ale nejčastější bývá, že klient slyší a vidí věci, které ostatní ne. Halucinací je mnoho druhů, ale nejčastějšími bývají sluchové. Klient může slyšet jednotlivé zvuky a v těžších případech i hlasy. Hlasy většinou mluví přímo ke klientovi a mohou se týkat jeho osoby, nebo jeho konání a jednání. Nebezpečnou formou hlasů jsou ty, které přímo říkají, co má nemocný dělat. Další formou halucinací jsou zrakové. Klient může vidět barvy, předměty, jednotlivé tvary nebo osoby, či přímo scény. Následují halucinace čichové, tělesné, intrapsychické a další. Halucinace způsobují, že klient jedná pro okolí nepochopitelně a může ohrozit jak sám sebe, tak i ostatní.¹⁸

Do pozitivních příznaků schizofrenie patří dále bludy, což jsou poruchy myšlenkového obsahu. Jednotlivé části bludu mohou odpovídat představám převzatým z rodiny, z dětství.¹⁹ Bludy se projevují mylným přesvědčením, že tvrzení jsou pravdivá a reálná a nejdou klientovi vyvrátit. Bludy mají určitý vývoj a začínají nenápadnou myšlenkou, díky které se může propracovat dokonalý systém bludů. Bludy mají několik typů, ale nejznámější a velmi rozšířený je paranoidní, vztahovačný a pronásledující blud.²⁰ Klient si může myslet, že ho někdo sleduje prostřednictvím sledovacího

¹⁵ Srov. PRAŠKO, J.; BAREŠ, M. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*, s. 19.

¹⁶ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-29). In SVOBODA, M. (ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 184.

¹⁷ DOUBEK, P.; PRAŠKO, J. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 18.

¹⁸ Srov. tamtéž.

¹⁹ Srov. DÖRNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 89.

²⁰ Srov. DOUBEK, P.; PRAŠKO, J. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 19.

systemu, který má nainstalován doma, může mít pocit, že se na něj všichni upřeně dívají aj.

U schizofrenie nejsou však pouze poruchy myšlenkového obsahu, nýbrž i poruchy formy myšlení. Klient má problémy s myšlením, kdy není souvislé, těžko se mu udržuje rozhovor, mluví zmateně, nelogicky nebo mu není rozumět vůbec. Klient pod vedením svých bludů a halucinací může mít určité poruchy chování. Může být neklidný, agresivní nebo jednat bizarně a nepochopitelně.²¹

Negativní příznaky schizofrenie souvisí se sníženou aktivitou, jsou důsledkem utlumení určitých oblastí v mozku. Řadíme mezi ně především apatii, chudší řeč a schopnost komunikace, zpomalení tempa řeči, nedostatek emocí, poruchy vůle nebo i nechuť k navazování sociálních kontaktů – sociální izolace.²²

Jak je z výše uvedeného vidět, projevů schizofrenie je celá řada a je velmi individuální, jak se u koho bude projevat. Důležité je také upozornit na to, že schizofrenie se dělí na několik forem, které mají opět své specifické projevy a ke kterým se budeme vracet v rámci následujících praktických exkurzů.

1.1.1.3 Klinické formy schizofrenie

Schizofrenie podle Mezinárodní klasifikace nemocí má 8 forem.

- F20.0 Paranoidní schizofrenie
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Schizophrenia simplex
- F20.8 Jiná schizofrenie

²¹ Srov. PRAŠKO, J.; BAREŠ, M. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*, s. 22.

²² Srov. JUKLOVÁ, K.; SKORUNKOVÁ, R. *Základy psychopatologie*, s. 34.

- F20.9 Schizofrenie NS²³

Nejčastějším typem je schizofrenie paranoidní. Hlavním projevem jsou paranoidní bludy, které jsou doprovázeny halucinacemi ve formě hlasů. U hebefrenní schizofrenie nejsou bludy a halucinace natolik dominantní, ale projevuje se dezorganizací. Chování klienta je těžko předpověditelné, bez odpovědnosti a s nápadnými emocemi. Bývá připodobňováno k vystupňovanému pubertálnímu chování. Katatonní schizofrenie nebývá příliš častá a projevuje se hlavně v motorice, kdy klient je v nadměrné svalové strnulosti – stuporu. Schizophrenia simplex neboli simplexní schizofrenie má projevy uzavření klienta do vlastního světa. Klient je samotářský, introvertní a projevují se u něj převážně negativní příznaky schizofrenie.²⁴ Reziduální schizofrenie je typická chronickým táhlým stavem od první do další ataky. Klient je označen za podivína a nedbá jak o sebe, tak o své okolí. U dalších typů schizofrenie není jasné, který projev je dominantní a tak se označují jako nediferencované nebo jiné.²⁵

1.1.1.4 Léčba schizofrenie

Schizofrenie je onemocnění multifaktoriální, což znamená, že se na jejím vzniku podílí biologické i psychosociální aspekty. Z toho vyplývá, že by klientovi měla být zabezpečena jak léčba medikamenty, tak i zajištěna léčba v psychosociální oblasti.

Biologickou složku léčby schizofrenie zajišťují psychofarmaka – především antipsychotika, které se nazývají neuroleptika.²⁶ Objev neuroleptik při léčbě schizofrenie byl velkým převratem. Dnes vedle neuroleptik první generace (Haloperidol) existují i neuroleptika druhé generace (Zyprexa, Risperdal aj.), které nemají tolik vedlejších účinků. Všechny léky však mají za hlavní cíl zklidnit klienta a upravit mu koloběh dne včetně spánku. Velmi pozitivně působí na pozitivní příznaky schizofrenie, a sice na upravení bludů a halucinací, které klient přestane vnímat, a postupně jsou potlačené. Fungují také jako prevence, aby nedošlo k relapsu schizofrenní ataky. Pokud však klient není schopný užívat pravidelně psychofarmaka v tabletách, existují i účinné depotní injekce, které jsou aplikovány psychiatrem

²³ Srov. Poruchy duševní a poruchy chování. In *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. © WHO/ÚZIS ČR, poslední aktualizace 10. 9. 2013 [cit. 17. 10. 2013]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

²⁴ Srov. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 76.

²⁵ Srov. ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-29). In SVOBODA, M. (ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 186.

²⁶ Srov. ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*, s. 57.

či sestrou v ambulancích a mají účinek podle druhu v rozsahu jednoho až čtyř týdnů.²⁷ Dále ještě existují akutní depotní injekce, které jsou jednorázové a aplikují se klientovi v akutní fázi schizofrenní ataky. Tento depot zabírá okamžitě a nemusí se čekat na několikátýdenní „náběh“ jako u tablet.

Jak již bylo uvedeno, léčba schizofrenie nezahrnuje pouze podávání léků ve formě neuroleptik, nýbrž i psychosociální intervenci. Jarolímek rozlišuje pět typů psychosociálních intervencí, které se mohou vzájemně kombinovat. Hovoří o psychoedukaci, za což považuje objasnění a podání co nejvíce informací klientovi a jeho rodině o stanovené diagnóze. Informace, které klient a rodina přijmou, jsou důležité pro pochopení celé problematiky schizofrenie a motivují je k tomu, aby byl zahájen důležitý léčebný proces.²⁸

Jako Další intervenci Jarolímek uvádí psychoterapii. Může to být jak psychoterapie individuální, tak i skupinová či rodinná. Každá z těchto forem terapie má své nezanedbatelné místo a oprávnění. Individuální terapie je zaměřená pouze na samotného klienta a díky ní může snadněji pochopit svou nemoc i to, co se v něm odehrává a jak předejít další možné atace. Skupinová terapie má velké opodstatnění především v tom, že ve skupině je více klientů se stejným problémem, a tudíž si klient uvědomí, že v této situaci není sám a neděje se to pouze jemu. Vzájemně se klienti mohou obohacovat a získávat potřebnou důvěru v navazování sociálních kontaktů a vztahů. Tato forma terapie se provozuje většinou v psychiatrických léčebnách v intenzivní míře. Některé léčebny mají dokonce skupinovou terapii jako povinnou a všichni klienti se jí musí účastnit. Rodinná terapie se u klientů se schizofrenií využívá převážně v momentě, kdy v rodině je vlivem tohoto onemocnění nemožná, nebo ztížená komunikace mezi účastníky. Jedná se o dlouhodobou spolupráci mezi rodinou a terapeutem.²⁹

Další intervence je uváděna v různých formách tréninkových aktivit. Tím máme na mysli natrénování sociálních dovedností, asertivní komunikace, trénování kognitivních funkcí – zejména poznávacích procesů a paměti, porozumění vlastním emocím a emocím druhých či určité techniky zvládání stresu.³⁰ Dovolíme si zde tvrdit, že z pohledu praxe bychom tento typ intervence zařadili pod aktivity sociální rehabilitace, které Jarolímek uvádí jako další typ intervence. Pod sociální rehabilitaci řadíme tyto aktivity – *„nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu,*

²⁷ Srov. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 16-17.

²⁸ Srov. tamtéž, s. 19.

²⁹ Srov. tamtéž, s. 19-20.

³⁰ Srov. tamtéž, s. 20.

*soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.*³¹ Tyto vyjmenované aktivity sociální rehabilitace mohou být poskytovány buď ambulantně, terénně nebo i pobytově ve formě chráněného či podporovaného bydlení.

Poslední intervencí, o které Jarolímek hovoří, je pracovní rehabilitace.³² Mnoho psychotických klientů má díky schizofrenii omezenou pracovní schopnost, a tak mají znesnadněný přístup na trh práce. Někteří z nich nemohou pracovat vůbec, jiní jen na snížený pracovní poměr. K tomu, aby byli schopni pracovat, jim slouží právě pracovní rehabilitace, která jim napomáhá k navrácení do pracovního poměru. Jedná se o proces, v němž je klient veden k znovunavrácení pracovních dovedností až k postupnému zaměstnání v klasické firmě, či v chráněné dílně, kde jsou uzpůsobené pracovní podmínky, za kterých je klient schopen vykonávat určitou práci. K navrácení pracovních dovedností klientům slouží například i sociálně terapeutické dílny, které poskytují dlouhodobou podporu na cestě k získání zaměstnání. V praxi se však potýkáme jak s úspěšným získáním pracovní pozice pro klienta, tak i s neúspěchem a další následnou podporou. To můžeme ilustrovat na následujícím praktickém příkladu.

„Sedmatřicetiletá klientka F. je již přes deset let paranoidní schizofreničkou. Před tím než onemocněla, pracovala v textilním průmyslu a svou pracovní pozici švadleny zvládala s běžnými problémy jako ostatní. Tím, že jí byla diagnostikována schizofrenie, se jí převrátil svět a ona, ač dříve práce schopná a šikovná pracovníce, byla nucena práci opustit a několik měsíců strávit v psychiatrické léčebně, aby byl zahájen léčebný proces. Po nasazení medikamentní léčby a opuštění brány léčebny se klientka dostala do naší péče, kdy začala využívat služeb sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny. Její touha po navrácení se do běžného života byla velmi silná, a tak se s klientkou vypracoval individuální plán, kde jedním z cílů bylo získat zaměstnání. S klientkou se v rámci sociálně terapeutické dílny začalo pracovat na obnově pracovních dovedností a převážně i dodržování pracovního harmonogramu, se kterým měla klientka velký problém. Vlivem nemoci se u ní střídala období, kdy byla schopná do dílny docházet pravidelně, včas a soustředila se na ruční práce, s obdobími, kdy nedorazila

³¹ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění platném k 1. 1. 2011, §70, odst. 2.

³² Srov. JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 20.

do dílny kvůli neschopnosti ráno vstát z postele a na určitý čas se dostavit. S klientkou F. se pracovalo dlouhodobě a velmi intenzivně na principech individuálního přístupu. Když se po zhruba dvouleté spolupráci naskytla možnost pracovní nabídky v chráněné dílně, klientka F. se za podpory zaměstnanců rozhodla tuto možnost vyzkoušet. Byla pozvána na pracovní pohovor na pozici švadleny. S týdenním odstupem jí přišlo vyrozumění, že na tuto pozici nebyla přijata díky velkému počtu uchazečů. Tento fakt klientku zasáhl a ona ztratila jakoukoliv snahu ucházet se o práci. Její zdravotní stav se vlivem dalších okolností zhoršil. S klientkou F. nadále spolupracujeme a doprovázíme ji na cestě k získání zaměstnání, i když ta cesta bude ještě velmi dlouhá.“

Výše uvedený praktický exkurz má poukázat na to, že ač měla klientka dobré předpoklady k tomu, aby získala pracovní pozici, kterou chtěla, někdy je bohužel velmi složité zajistit schizofrenním klientům pracovní pozici a motivovat je k další práci na sobě, když je jejich cíl pro ně v nedohlednu.

Léčba schizofrenie je velmi náročná a není to pouze otázka návštěvy psychiatra, nýbrž i souvislá práce klienta a dalších odborných pracovníků. Literatura se však shoduje na tom, že nestačí pouze biologické řešení schizofrenie prostřednictvím medikamentů, ale i psychosociální pomoc prostřednictvím terapie a sociální práce. Odborné publikace se v mnohém neliší. Mluví v jádru o tomtéž, používají pouze jiná slovní spojení pro vyjádření téhož. Můžeme to vidět na příklad v publikaci Junkové a Skorunkové, které hovoří o psychofarmakologické léčbě, psychoterapii a socioterapii.³³ Cohen zase uvádí v léčbě důležitou úlohu kromě farmakologické léčby a psychoterapie i sociálního opatření a podpory rodiny.³⁴

Jak jsme již nastínili, schizofrenie je velmi komplikovaným a závažným duševním onemocněním. Nyní se podíváme na to, jak se schizofrenní klient pohybuje v rámci odborné pomoci.

1.2 Klient se schizofrenií v rámci odborné pomoci

Po vysvětlení duševního onemocnění – schizofrenie - je zřejmé, že klient tuto nemoc nemůže zvládnout sám a ve většině případů vyhledá odbornou pomoc.

³³ Srov. JUNKOVÁ, K.; SKORUNKOVÁ, R. *Základy psychopatologie*, s. 38-39.

³⁴ Srov. COHEN, R., M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*, s. 166-168.

Avšak prvních známek, že není něco v pořádku, si všimne klientova rodina či přátelé, kteří mohou být iniciátorem odborné pomoci, neboť klient, který tímto závažným psychiatrickým onemocněním trpí, není schopen reálně odhadnout, že se něco děje. Jsou však také výjimky, jak dokládá následující praktický exkurz.

„Klientovi K. propukla první fáze onemocnění před sedmi lety. Do té doby pracoval jako dělník, bydlel sám a dařilo se mu dobře. Najednou se však na něj nahromadilo mnoho stresu v práci i v rodině. V té době mu také zemřel otec a on se musel postarat o svou matku. Několik dní v této době se necítil dobře a pociťoval na sobě a hlavně ve svém myšlení změny. Měl pocit, že se na něj neustále někdo dívá, že ho někdo pozoruje a tak přestal vycházet z domu. Myšlenky mu ale nešly ovládat a stále sílily. Měl pocit, že doma má sledovací zařízení a někdo ho natáčí. Do těchto myšlenkových stavů se také přidaly hlasy, které slyšel, i přesto, že byl doma sám. Hlasy byly zlé a nabádaly ho ke špatným věcem. Klient K. ze začátku ještě rozeznal realitu od výplodu své fantazie a věděl, že je něco špatně. O pár dní později se sám dostavil do psychiatrické léčebny, kde byl hospitalizován na několik měsíců. V léčebně mu diagnostikovali paranoidní schizofrenii a zahájili medikamentní a psychoterapeutickou léčbu.“

Pro klienta i rodinu samotnou je znění diagnózy velkým šokem. Skutečnost ovlivní všechny členy rodiny i ostatní, kteří jsou s dotyčným v kontaktu. Je také důležité, zda se jedná o onemocnění rodičů, prarodičů, či dítěte. Častým pocitem v rodině bývá pocit viny. Rodiče přemýšlí nad tím, zda své dítě nevychovali špatně, děti přemýšlí nad tím, co se stalo a čím se provinily, když jejich rodiče takto onemocněli.³⁵ Po zjištění schizofrenie u klienta je velmi důležité, aby měl kolem sebe velkou oporu. Skutečnost bývá pravým opakem a není neobvyklé, že se rodina s klientem přestane stýkat a on zůstane sám. V následujícím krátkém úryvku je ukázáno, jak je důležité, aby rodina věděla, co za diagnózu má jejich příbuzný a podpořila ho.

„Klientka P. duševně onemocněla, když jí bylo 17 let. Její rodiče a prarodiče měli vůči ní vždy uštěpačné poznámky typu – „ty jsi líná, pomalá, nikdy nic nedokážeš, když budeš pokračovat tímto tempem“ apod. Ano, P. byla opravdu pomalejší a potřebovala

³⁵ Srov. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 199-200.

na vše víc času. Nikdo kromě ní však netušil, že se děje něco vážnějšího. Rodina ji před tím, než byla P. diagnostikovaná, shazovala a byla přesvědčená o tom, že si jen vymýšlí. Když ale přišla první velká ataka a s ní nepřiměřené reakce P., rodiče zaregistrovali, že s ní není něco v pořádku. Až když jí opravdu byla diagnostikována schizofrenie pod číslem F20.6, rodiče si uvědomili, že její chování bylo ovlivněno projevy dané nemoci. Rodiče skutečnost vzali zodpovědně a rozhodli se jí čelit. Kontaktovali odborníky a začali se s nimi radit o celé situaci. Nyní spolu jako rodina umí komunikovat a stojí při sobě.“

Jelikož schizofrenie zasáhne do klientova života obrovskou intenzitou a postihne všechny jeho oblasti, je nezbytné, aby se obrátil na profesionály, kteří mu v jeho „novém a neznámém světě“ pomohou.

Zpravidla to bývá celá škála odborníků, kteří klientovi poskytují jak zdravotnické, sociální, psychologické, tak někdy i právní služby. Zdravotnickou péči zaštitují speciální lékaři - psychiatři a psychiatrické sestry. V psychologické rovině figurují psychologové, psychoterapeuti a další terapeuti. V právní oblasti právníci, advokáti a sociální stránku klienta řeší sociální pracovníci.

Pro to, aby klientovi byla poskytnuta komplexní péče v rámci onemocnění schizofrenie, je zapotřebí, aby uvedený tým odborníků pracoval v návaznosti na sebe. Pokud tomu tak je, můžeme hovořit o multidisciplinárním přístupu ke klientovi.

2 Multidisciplinární tým a péče o klienty se schizofrenií

V předcházející kapitole byla popsána schizofrenie jako duševní onemocnění a s ní spojené těžkosti, které musejí klienti takto nemocní zvládat. K tomu, abychom popsali konkrétní práci multidisciplinárního týmu je zapotřebí, aby byl tento pojem vysvětlen.

Jak již napovídá samotné znění „multidisciplinární“, jedná se o spojení několika vědních disciplín, které se podílejí na společné práci nad konkrétním případem. „Multi“ neboli mnoho je známkou, že se jedná o více než jeden vědní obor, což dokazuje slovo „disciplína“. Je tedy zřejmé, že multidisciplinární tým je tým odborníků, kteří se společně podílejí na zajištění potřeb schizofrenního klienta.

V literatuře se často hovoří o týmu odborníků, ale může se používat i jiné označení. Může se jednat o označení pracovní tým, tým v rámci ucelené rehabilitace³⁶, psychiatrické rehabilitace³⁷ či case management³⁸. Všechna označení hovoří o týmech, jejichž cílem je komplexní a koordinovaná péče v kontextu závažného psychotického onemocnění – schizofrenie. Je zřejmé, že multidisciplinární tým pracuje v rámci komunitních služeb, které by v budoucnu měly nahradit institucionalizovanou psychiatrickou péči.

Pokud budeme nyní hovořit o multidisciplinárním týmu, je dobré mít na paměti, že tým pracuje většinou metodou case managementu, který se v České republice stává stále oblíbenějším a ukazuje se, že je účinnější než model velkých psychiatrických molochů, kde bývali schizofrenici v minulých dobách umisťováni na několik dlouhých let či navždy.³⁹ Pro pochopení práce multidisciplinárního týmu je zapotřebí si ujasnit, co to je vlastně metoda case management a potažmo psychiatrická rehabilitace, či ucelená rehabilitace. Literatura totiž uvádí tyto pojmy, které se velmi podobají a popisují skoro identické pojmy.

2. 1 Case management

Pojem case management je tak často používaný v různých odvětvích, že není jednoduché jednoznačně ho vysvětlit. Používají se překlady jako „koordinovaná péče o klienta v síti sociálních služeb“, „koordinované vedení případu“, „hospodaření

³⁶ Srov. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 14.

³⁷ Srov. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 9.

³⁸ Srov. STUHLÍK, J. Case management. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 140.

³⁹ Srov. tamtéž, s. 143.

v rámci případu“ či jako „případové vedení“. Může být chápán jako metoda sociální práce či jako přístup nebo způsob práce s klientem.⁴⁰

Pro lepší představení case managementu je dobré zmínit jeho hlavní znaky, podle nichž se definuje.

1. Získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta

2. Plánování péče a podpory

3. Uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě

4. Monitorování dosažených výsledků

5. Vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí⁴¹

Case management je tedy především orientován na klienta, ale i na celý systém služeb, který zajišťuje klientovi koordinovanou péči. Case management se rozvíjel především v období, kdy přestala být péče o duševně nemocné soustředěná pouze na psychiatrické léčebny a začala být orientována na kooperaci jednotlivých profesionálů na konkrétním případě samotného klienta. Práce s klientem se přesouvala do komunity a tak byla potřeba, aby jednotliví odborníci spolu začali více komunikovat a zajistili tak koordinovanou péči duševně nemocným klientům.⁴²

Case management má různé modely, které se liší přístupem ke klientovi. Ten, který se ukázal jako neefektivní, byl takzvaný „Brokerský model“, kdy case manager – sociální pracovník – s klientem nevytváří intenzivní vztah, ale pouze mu zprostředkovává služby. Účinnější model je klinický case management, kdy sociální pracovník sám poskytuje klientovi potřebné služby, což souvisí s vyššími požadavky na pracovníka.⁴³ Avšak jako nejpropracovanější model se jeví model ACT – asertivní komunitní model. Tento model využívají velké multidisciplinární týmy, kde s klientem současně pracuje více pracovníků. Tým zajišťuje všechny služby pro klienty zvlášť, a tudíž se musí skládat z kvalifikovaných pracovníků. Velmi oceňovanou součástí

⁴⁰ Srov. SZOTÁKOVÁ, M. Case management a jeho různorodé chápání. In NEPUŠTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek – Metodická příručka* [online]. Brno: Podané ruce, 2013 [cit. 1. 2. 2014], s. 9. Dostupné na WWW: <http://nepustil.narativ.cz/files/metodika_cm.pdf>.

⁴¹ STUHLÍK, J. Case management. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 141.

⁴² Srov. tamtéž, s. 142.

⁴³ Srov. PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*, s. 141.

modelu ACT je jeho dostupnost, která je nepřetržitá.⁴⁴ U prvního modelu je zřejmé, že case manager má více klientů než u klinického modelu, tudíž může být poskytování služeb a samotná péče o klienta intenzivnější.

Case management neboli případové vedení zdůrazňuje při práci s klientem jeho silné stránky a s nimi se snaží pracovat. Velmi důležitým je u této metody i fakt, že sociální pracovník má s klientem vybudovaný vztah, který je založen především na důvěře a partnerském přijetí. Metoda také upřednostňuje klientovo rozhodnutí a to i v situacích, kdy klient může být nebezpečný sobě či okolí, tím že společně s pracovníkem vytváří krizový plán, podle kterého pracovník učiní opatření v zájmu klienta. Case manager podporuje klienta v tom, aby nejprve využil přirozené zdroje pomoci a pokud toto není možné, teprve pak aby navštěvoval institucionalizované služby.⁴⁵

Případový manažer neboli sociální pracovník (case manager) řídí celý tým odborníků, který se podílí na práci s klientem a je klientův klíčový pracovník. On je ten hlavní, který velmi dobře zná klienta a jeho osobní příběh a sestavuje s ním plán péče, individuální plán. Pracuje jak s klientem, tak s jeho rodinou a okolím.

Oblíbenost case managementu stoupá s příchodem transformace psychiatrické péče. V České republice nyní pracuje touto metodou několik komunitních týmů z neziskového sektoru. Jedná se především o organizace Fokus, Eset Help, Práh a další.⁴⁶ Ostatní služby pro klienty se schizofrenií jsou poskytovány především v rámci psychiatrické rehabilitace.

2.2 Psychiatrická rehabilitace

Pojem psychiatrická rehabilitace je označení, které jasně definuje, s jakou cílovou skupinou je rehabilitováno. Jedná se tedy o rehabilitaci s duševně nemocnými klienty. Někdy se užívá ve stejném slova smyslu „psychosociální rehabilitace“, ale toto označení není úplně správné, neboť zde není místo pro biologickou léčbu, ale je zdůrazňována především sociální oblast klienta.⁴⁷

⁴⁴ Srov. STUHLÍK, J. Case management. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 143.

⁴⁵ Srov. tamtéž, s. 146-167.

⁴⁶ Srov. BAJER, P. Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2008, roč. 8, č. 1, s. 4-10.

⁴⁷ Srov. PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 94.

Psychiatrická rehabilitace pomáhá dlouhodobě duševně nemocným schizofrenikům zvládat každodenní život v komunitě. „Cílem rehabilitace je zmírnění, či kompenzace nezpůsobilosti (nově stavu snížené aktivity) a dále omezení hendikepu (nově stavu omezené participace).⁴⁸

Je tedy zřejmé, že psychiatrická rehabilitace se zaměřuje na řešení otázek spojených s bydlením, prací, vzděláním, sociálními vztahy tak, aby byl klient schopný fungovat v prostředí, ve kterém žije.

Moderní psychiatrická rehabilitace využívá tří směrů podle různých typů škol, které se tímto tématem zabývaly. Jedná se o školu anglickou, losangeleskou a bostonskou. Liší se v přístupu ke klientům. V českých podmínkách se nejvíce uplatňuje směr bostonské školy, která upřednostňuje rozvoj klienta a především jeho dovedností.⁴⁹

Psychiatrickou rehabilitací a jejími principy se zabývala řada autorů, kteří se shodují na několika základních principech. Rehabilitace se zabývá především schopnostmi a kompetencemi psychiatrických klientů tak, aby bylo zlepšeno jejich chování v prostředí, ve kterém žijí. Rehabilitace podporuje především dovednosti klientů v oblasti vzdělání, bydlení a práce. Orientuje se tedy nejen na klienty, ale také na prostředí, kde rehabilitace přispívá k rozvoji zdrojů prostředí. Psychiatrická rehabilitace je postavena na základních hodnotách, kterými jsou orientování na celou osobu klienta, nikoliv pouze na jeho onemocnění, sociální fungování, podpora, samostatné rozhodování, začlenění, seberůst a další.⁵⁰

Psychiatrická rehabilitace pracuje s pojmy, jako je poškození, postižení a hendikep. K tomu, aby bylo zmírněno fyziologické poškození onemocnění klienta, je důležitá psychiatrická léčba pomocí psychofarmak. Míra postižení vyplývá z poškození, a sice že klient je ovlivněn svou nemocí v každodenním životě a zvládání určitých nároků prostředí. Hendikep je důsledek postižení a s tím souvisí sociální stigma klienta.⁵¹ Pro lepší pochopení je zde uvedena krátká kazuistika.

„Klientka R. trpí již jedenáctým rokem paranoidní schizofrenií. Onemocněla po narození své dcery. V době, kdy onemocněla, se jí rozpadlo manželství a dcera byla svěřena do péče jejího bývalého manžela. Toto období jí několikrát vyvolalo silné ataky

⁴⁸ Srov. BROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*, s. 139.

⁴⁹ Srov. tamtéž.

⁵⁰ Srov. PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L. a kol. Psychiatrická rehabilitace. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 99-100.

⁵¹ Srov. tamtéž.

schizofrenie a musela tak strávit několik měsíců v psychiatrické léčebně. Ihned po diagnostikování schizofrenie začala klientka R. brát psychofarmaka. Se svou nemocí se dlouho nemohla ztotožnit a přijmout ji do svého života. Na základě silných atak nemoci byla nucena odejít z pracovního poměru, najít si vlastní bydlení a požádat o invalidní důchod. Klientka R. se vlivem své nemoci ocitla sama. Rodina ji zavrhla a přerušila s ní kontakt. Klientka měla silné halucinace a bludy, což můžeme označit jako abnormalitu – poškození. Vlivem těchto projevů nemoci klientka nezvládla vykonávat roli matky, manželky, zaměstnance a další. Tudiž byla postižena svou duševní nemocí. Přestala pracovat a začala pobírat invalidní důchod třetího stupně. Bohužel se ale setkala s velmi negativními reakcemi svého okolí, které o ní míní, že se jí nechce pracovat. Lidé, kteří se pohybují v prostředí klientky R., jí dávají okatě najevo, co si o ní myslí a ihned jí zařadili do škatulky nezaměstnané ženy, které se nejspíš nechce pracovat a raději pobírá důchod. Zde je tedy patrné, že díky své nemoci má klientka R. hendikep a potýká se se sociálním stigmatem společnosti.“

Výše uvedená kazuistika měla za účel osvětlit pojmy poškození, postižení a hendikep, se kterými psychiatrická rehabilitace pracuje. Tyto pojmy vystihují, jakými oblastmi se rehabilitace zabývá a ve kterých se svým klientům snaží pomoci.

Case management i psychiatrická rehabilitace mají velmi podobný cíl v práci s klienty. Snaží se pomoci klientům v různých oblastech, se kterými mají problém. Problémy většinou řeší komplexně a odborníci z různých odvětví spolupracují na konkrétních případech. Jak je tomu ale u ucelené rehabilitace?

2.3 Ucelená rehabilitace

Pojem ucelená rehabilitace označuje proces, ve kterém je zapotřebí úzká spolupráce odborných pracovníků. Votava uvádí, že ucelená rehabilitace se někdy mylně označuje slovem komplexní, které vyjadřuje spíše označení složitého či komplikovaného.⁵² Avšak termín komplexní může být vyjádřen i slovy všestranný, celkový a další, tudíž by toto označení mohlo být používáno i v rámci ucelené rehabilitace.

Ucelená rehabilitace si klade za cíl navrácení klienta do původního stavu před nemocí. Avšak pokud se počítá s tím, že ucelená rehabilitace se uplatňuje zejména v práci s lidmi s jakýmkoliv zdravotním postižením, je malá pravděpodobnost, že dojde

⁵² Srov. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 14.

k navrácení do původního stavu klienta. Toto je také případ schizofrenních klientů, kdy je téměř nemožné, aby se jejich zdravotní stav natolik zlepšil, že by došlo k úplnému uzdravení. S tím souvisí další cíle, které si ucelená rehabilitace klade. Jedná se zejména o zpětné navrácení klienta do jeho přirozeného prostředí a především jeho fungování v něm. To souvisí s rozvojem komunitních služeb a s ústupem institucionalizovaného umístování klientů do ústavů. Ucelená rehabilitace je tedy poskytována v komunitě, ve které klienti žijí, a snaží se vzájemnou spoluprací zajistit standardní kvalitu jejich života. V neposlední řadě také rehabilitace přispívá k vyrovnání příležitostí nemocných a zdravých osob.⁵³ Tyto cíle jsou vesměs velmi podobné s cíli metody case managementu a psychiatrické rehabilitace.

Ucelená rehabilitace jde však dál a velmi srozumitelně definuje všechny své složky, které zabezpečují výše uvedené cíle. Jednotlivé disciplíny, které se na této rehabilitaci podílí, jsou ve společném dialogu, a tudíž spolu úzce spolupracují, čímž je zajištěna ucelenost celé rehabilitace.

První etapou je léčebná rehabilitace. Většinou zde dojde k zahájení rehabilitace, neboť většina klientů se se svou nemocí setkává právě v léčebném procesu. Zajišťují ji zdravotnická zařízení a potažmo lékaři, zdravotní sestry. V našem případě u osob se schizofrenií to bývá zpravidla psychiatr a psychiatrická sestra. Není však nutností, že ucelená rehabilitace začne právě u zdravotníků, nýbrž to může být například psycholog, terapeut aj.⁵⁴

Návaznou rehabilitací je sociální. Úzce souvisí s léčebnou rehabilitací a tvoří nedílnou součást ucelené rehabilitace. Je to proto, že je člověk ze své podstaty společenskou bytostí, která žije ve vztahu s druhými lidmi. Vytváří sociální vztahy a vazby se svým okolím. Sociální rehabilitace se zaměřuje především na vazby klienta ke svému okolí. Další složky ucelené rehabilitace jsou proměnlivé vzhledem ke klientovi a jeho problému. Může se jednat o rehabilitaci pracovní, pedagogickou, ekonomickou, psychologickou a další.⁵⁵

Ucelená rehabilitace stejně jako psychiatrická rehabilitace pracuje s pojmy poškození (porucha), postižení (disability) a hendikep. Obě dvě rehabilitace jsou si tímto podobné a, pracují tedy na společných cílech. Všechny tři výše uvedené modely práce multidisciplinárního týmu jsou velmi úzce propojené a není možné s jistotou říci,

⁵³ Srov. VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 15.

⁵⁴ Srov. tamtéž.

⁵⁵ Srov. tamtéž.

který z nich je ten, který se skutečně v praxi využívá a který je ten nejlepší. Zřejmé však je, že mnoho odborníků se může podílet na řešení situace daného klienta a neoznačovat se jako tým, který provádí ucelenou, psychiatrickou rehabilitaci či case management. Nyní se však podíváme na jednotlivé složky multidisciplinárního týmu, který pracuje s klienty se schizofrenií.

2.4 Složení multitýmu

Jak již bylo výše uvedeno, multidisciplinární tým je tým odborníků jednotlivých oblastí, kteří spolu vzájemně spolupracují nad konkrétním případem klienta. Celý proces je většinou koordinován jedním specialistou ve svém oboru, který si vyměňuje cenné informace s ostatními a s klientem plánuje jeho další způsob života.

Nyní se tedy podíváme na to, jací odborníci ve vztahu ke schizofrenním klientům figurují v řešení jejich situace. Výběr odborníků je založený na praxi se schizofrenními klienty, kteří nám sdělili své příběhy.

2.4.1 Psychiatr

Do rukou odborného lékaře se klient (nyní pacient) dostane většinou za předpokladu, že na sobě začne pozorovat změny, a to především v chování a prožívání. V první kapitole této diplomové práci bylo vysvětleno, jak se schizofrenie projevuje. Pacient, kterému je tato diagnóza stanovena, se může začít znepokojovat svým stavem, a proto se většinou vydá za svým obvodním lékařem, který mu doporučí psychiatra.⁵⁶ Jako horší možnost shledáváme, pokud klient již nemá reálný náhled na změny, které se v něm odehrávají, bývá rodinou či svým okolím převezen na psychiatrické oddělení nemocnice či do psychiatrické léčebny.

Prvním momentem, kdy se pacient setkává s psychiatrem je tedy buď psychiatrické oddělení v nemocnici, nebo psychiatrická léčebna. K tomu, aby psychiatr diagnostikoval toto závažné duševní onemocnění, je nutné, aby pacient prošel klinickým psychiatrickým vyšetřením.

Klinické psychiatrické vyšetření může provádět výhradně jen psychiatr – lékař s psychiatrickou atestací. Cílem vyšetření je stanovení diagnózy. Ondrášiová popisuje, že klinické vyšetření není pouze běh za stanovením diagnózy, ale je to i terapeutický

⁵⁶ Srov. ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, M. Multidisciplinární tým. In MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 60.

proces, kdy psychiatr získává důvěru klienta a na základě ní může zjistit potřebné informace.⁵⁷ S tímto tvrzením souhlasíme a dáváme velký důraz na vytvoření důvěry mezi ošetřujícím psychiatrem a klientem, avšak z praktického pohledu vidíme velký nedostatek u psychiatrů, kteří se omezují pouze na zjištění diagnózy, někdy i nesprávné, a ve velmi malé snaze oprostít se pouze od úlohy toho, kdo klientovi poskytuje medikamenty. Mnoho psychiatrů se omezuje jen na stanovení diagnózy a nevytváří takové podmínky, aby se klienti před nimi dokázali otevřít natolik, aby došlo k jasnějšímu specifikování schizofrenního onemocnění. Z praxe je často vidět, že klienti ke svým ošetřujícím psychiatrům nemají tolik důvěry, aby byli schopni přiznat i to, že mají velmi časté hlasy, či halucinace. Toto shledáváme za velký problém.

Když se vrátíme zpět k tomu, jak probíhá klinické psychiatrické vyšetření, je nutné zmínit, že primárním pojmem je zde symptom, neboli příznak. Identifikace příznaků schizofrenie probíhá v rámci konzultace psychiatra a klienta. Psychiatr by měl vnímat, pozorovat a poté rozebrat jak verbální, tak i neverbální projev klienta, ale vzít i v potaz informace, které mu poskytnou příbuzní klienta. Důležitou součástí vyšetření je sběr anamnestických dat. Psychiatr s klientem hovoří o jeho osobnosti, mezilidských vztazích, sociálním prostředí, o další zdravotní anamnéze v souvislosti i s rodinou anamnézou. Tyto údaje souvisí především s tím, aby si psychiatr mohl udělat nástin premorbidní osobnosti klienta⁵⁸, k čemuž může pomoci i sdělení lidí blízkých klientovi. Další část anamnézy je zaměřena na zjištění projevů onemocnění. Jaký charakter mají projevy, v jakém časovém shledu se objevují, jak ovlivňují každodenní život klienta a především jak se vyznačují v chování k sobě samému, tak i k okolí. Důležitá jsou i vyšetření přímo zaměřená na paměť, intelekt a pozornost. Tento anamnestický proces je důležitý pro definování diagnózy a slouží jako podklad pro její stanovení.⁵⁹

Dalším klíčovým momentem v psychiatrickém vyšetření je stanovení syndromu. Syndrom se vyznačuje souborem shodujících se příznaků. Příznaky jdou se syndromem ruku v ruce. Ondrášiová uvádí tyto syndromy – depresivní, anxiózní, paranoidní, organický. Ve stanovení diagnózy schizofrenie může být přítomno více syndromů a liší se intenzitou. Některý z nich je primární a v popředí, jiný je přítomný, ale neovlivňuje tolik klienta.⁶⁰

⁵⁷ Srov. ONDRÁŠIOVÁ, M. *Psychiatria*, s. 22.

⁵⁸ Premorbidní osobnost znamená osobnost dotyčného před zjištěním a stanovením psychiatrické diagnózy – v době, kdy dotyčný ještě nebyl duševně nemocný.

⁵⁹ Srov. ONDRÁŠIOVÁ, M. *Psychiatria*, s. 22-23.

⁶⁰ Srov. tamtéž, s. 23-24.

Psychiatrické vyšetření má za cíl stanovení diagnózy, kterému předchází výše uvedené náležitosti rozboru situace klienta. Psychiatr hodnotí jednotlivé zjištěné skutečnosti, symptomy a syndromy a dochází k zhodnocení stavu klienta a určení diagnózy. Pokud psychiatr potřebuje, tak určí další pomocné vyšetření a poté s ním vytvoří plán průběhu léčby. Do pomocných vyšetření řadíme psychodiagnostické vyšetření, které zkoumá osobnost klienta z pohledu struktury, interní vyšetření či neurologické vyšetření.⁶¹

Psychiatrické vyšetření je náročným procesem, který trvá časově dlouho. Většinou se hovoří o dvou hodinách společné konzultace mezi psychiatrem a klientem. Po dosažení cíle vyšetření – a sice stanovení diagnózy (v našem případě schizofrenie) – psychiatr zahájí klientovi medikamentní léčbu. Jak již bylo zmíněno v podkapitole „1.1.1.4 Léčba schizofrenie“, nejúčinnější psychofarmaka jsou neuroleptika. Je tedy vysoce pravděpodobné, že psychiatr zahájí léčbu právě těmito neuroleptiky. Není však výjimkou, že klient nebude brát pouze neuroleptika, nýbrž i další doplňující psychofarmaka, které potlačí negativní účinky neuroleptik nebo další zdravotní komplikace, které klienta mohou provázet.

Tím, že je klientovi diagnostikována schizofrenie nekončí kontakt s psychiatrem, naopak tím spolupráce začíná. Klient musí k psychiatrovi docházet pravidelně, společně konzultují jeho stav. Není výjimkou, že se často mění psychofarmaka, která klientovi ne vždy vyhovují a tak je kontakt s psychiatrem ještě o to intenzivnější. Je totiž běžně známý fakt, že psychiatři neradi řeší ambulantně změnu léků, neboť nikdy není jasné, jak na změnu léků budou klienti reagovat. Tudíž je běžnou praxí, že po dobu změny léků se klienti umisťují do psychiatrických léčeben, aby byli „pod dohledem“. Pokud si ale psychiatr troufne s konkrétním klientem podstoupit riziko změny léků ambulantním způsobem, může to mít na něj i blahodárny vliv díky tomu, že zůstává ve svém známém prostředí a lépe se tak na změny může adaptovat.

Klienti by měli do psychiatrické ambulance docházet alespoň jednou měsíčně, aby s lékařem prokonzultovali snášení psychofarmak, nové vyskytnuvší se obtíže, či si nechali vystavit předpis na stávající léky a v neposlední řadě, aby se daly podchytit i pomalé a plíživé známky relapsu schizofrenní ataky.

V rámci multidisciplinárního týmu hraje psychiatr velmi důležitou a nezastupitelnou roli. S ostatními odborníky může konzultovat jednotlivý případ

⁶¹ Srov. ONDRÁŠIOVÁ, M. *Psychiatria*, s. 24.

klienta a domlouvat se na možném řešení, které by se nemělo omezit pouze na psychofarmaka, jak uvádíme výše.

2.4.2 Zdravotní a psychiatrická sestra

Každá psychiatrická ambulance, psychiatrická léčebna a nyní i rozšiřující se komunitní týmy mají své zdravotní, potažmo psychiatrické sestry. Zdravotní a psychiatrické sestry v této podkapitole uvádíme záměrně dohromady, neboť při práci se schizofreniky, by měla být přítomna právě zdravotní sestra se specializací psychiatrie. Bohužel psychiatrických sester je v České republice neustále malé množství, a tudíž její role zastupují pouze zdravotní sestry všeobecné.

Je však zřejmé, že v multidisciplinárním týmu by zdravotní/psychiatrické sestry neměly chybět. Klient se vlastně prvotně setkává s nimi a až poté jde za psychiatrem. *„Jsou při objednávání termínu, při ohlášení jména a kontaktů, mnohde sepisují první údaje s klientem, pomáhají také při pravidelném užívání a objednávání léků a jsou rovněž nárazovým kontaktem při zhoršování obtíží, jsou tedy prvními, kdo vnímá klientův stav.“*⁶² S jistotou však nelze tak úplně tvrdit, že zdravotní sestry jsou těmi prvními, kdo vnímá klientův zhoršený zdravotní stav, neboť většinou klient přichází do zdravotnického zařízení v době, kdy mu není dobře a mohla ho na jeho stav upozornit rodina, blízcí, či sociální pracovník, o kterém bude pojednáno dále.

K tomu, abychom mohli považovat psychiatrickou sestru za součást multidisciplinárního týmu, je dobré zmínit to, že psychiatrická sestra pracuje v rámci komunitního týmu odborníků. Tím se myslí to, že se v rámci péče o duševně nemocné vyvíjí terénní psychiatrická práce sester. S takovou terénní psychiatrickou prací se počítá v rámci transformace psychiatrické péče, o které se vedou dlouhé diskuze a bude o ní pojednáno dále.

Tato terénní psychiatrická práce sester je zatím ve vývinu, ale již je známo, že je vytvořen sazebník bodů zdravotních pojišťoven pro tuto činnost.⁶³ V praxi by to znamenalo, že psychiatrická sestra by zajišťovala akutní péči dlouhodobě duševně nemocných – zejména schizofreniků. Akutní péče bude poskytovaná jak ve zdravotnických zařízeních, ve kterých schizofrenici budou umístěni na přechodnou dobu, tak v přirozeném prostředí klienta. Všechny výkony, které by psychiatrická sestra

⁶² ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, M. Multidisciplinární tým. In MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 61.

⁶³ Srov. tamtéž, s. 62.

prováděla v terénu, musí indikovat po předchozí domluvě ošetřující psychiatr.⁶⁴ Není však specifikováno, zda by v urgentních případech mohla sestra klienta navštívit i bez předchozí lékařské indikace.

Psychiatrická sestra tak může v terénní práci poskytovat individuální psychiatrickou rehabilitaci. Ta zahrnuje posouzení stavu klienta, podporu v užívání medikamentů, zpracovává rehabilitační a krizový plán klienta, který poté předkládá ošetřujícímu psychiatrovi ke konzultaci. Je také stanoveno, že sestra komunikuje s dalšími odborníky týmu, který pracuje s klientem. Podílí se na týmových konzultacích a případovém vedení – case managementu. Je schopná referovat o zdravotním stavu klienta a plánovat ve spolupráci s ostatními komplexní plán péče. Individuální psychiatrická rehabilitace také zahrnuje tyto techniky a činnosti: trénování komunikačních dovedností, psychoedukace klienta a jeho blízkých – většinou rodiny, podpora v pravidelném užívání farmakologické léčby, techniky zvládnání stresu, KBT⁶⁵ zaměřené na zvládnání všedních či krizových činností a situací a v neposlední řadě i podpora v péči o klientův zdravotní stav.⁶⁶

Z nyní popsaných doprovodných činností, které psychiatrická sestra poskytuje v rámci terénní psychiatrické rehabilitace, shledáváme jeden praktický nedostatek. Psychiatrická sestra by měla, dle našeho názoru, zajišťovat především zdravotnickou oblast klientova života či v jistých případech zastupovat roli lékaře a hovořit s klientem o jeho diagnóze. Tím nechceme problematiku psychiatrických sester banalizovat a naopak otevřenost vůči hranicím jiného oboru – sociální práce, psychoterapie – je v jistém smyslu přínosná. Bohužel to z našeho pohledu ukazuje na jistou neukotvenost oboru, ke kterému se ještě v dalších kapitolách vrátíme.

Psychiatrická sestra má své velké opodstatnění v multidisciplinárním týmu, který se podílí na řešení případu klienta. Sestra přináší zhodnocení klientova zdravotního stavu a také ukazuje praktický pohled na to, jak se klient se svou nemocí vyrovnává a zvládá nároky, které jsou na něj kladeny. Při běžném setkávání s klientem v psychiatrické ambulanci může velmi dobře rozpoznat, zda známky chování klienta nevedou k relapsu schizofrenní ataky a tak může včas společně s psychiatrem zahájit

⁶⁴ Srov. Výkony psychiatrických sester. In *Psychiatrická sekce České asociace sester* [online]. © 2004 [cit. 11. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/file/102/vykony-psychiatrickych-sester.doc>>.

⁶⁵ Kognitivně behaviorální techniky jsou techniky zaměřené na změnu chování a poznávací schopnosti klienta.

⁶⁶ Srov. Výkony psychiatrických sester. In *Psychiatrická sekce České asociace sester* [online]. © 2004 [cit. 11. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/file/102/vykony-psychiatrickych-sester.doc>>.

další postup akutní léčby. Někdy může také v jistém smyslu zastupovat ošetřujícího psychiatra a to z pohledu medicínského a v informacích o farmakologické léčbě.

2.4.3. Psycholog, psychoterapeut

V předcházejících podkapitolách byly uvedeny profese, které zajišťují zdravotní stránku klientovy osobnosti, a to především ve farmakologické léčbě. Nesmíme však opomenout, že člověk je bio-psycho-sociální bytost, a tudíž nestačí, aby v řešení jeho problému byli zainteresovaní pouze odborníci ze zdravotnického systému, nýbrž i odborníci, kteří řeší klientův problém z pohledu psychologie či psychoterapie.

Důležitou složkou multidisciplinárního týmu je tedy psycholog, potažmo psychoterapeut. Psycholog je odborník, který klientovi pomáhá v zjištění psychického stavu a snaží se o případnou nápravu psychologickými prostředky. Provádí různá psychologická vyšetření prostřednictvím psychodiagnostiky. Psychodiagnostika má za cíl určit, jaké změny se v klientově psychickém stavu vyskytují, a podle toho vytvořit další plán péče. Psychodiagnostika využívá klinických nebo psychometrických metod k dosažení svého cíle. Dále psycholog s klientem pracuje na zlepšení či zachování kognitivních funkcí. Tím máme na mysli především procesy jako je paměť, myšlení, pozornost, představivost a další. Některé tyto schopnosti nemusí zabezpečovat psycholog, ale může být zvolena spolupráce s ergoterapeutem, fyzioterapeutem, logoterapeutem. Pro naši cílovou skupinu schizofreniků však toto nebývá časté. Psycholog klientovi také poskytuje psychologické poradenství, které mu může ulevit od akutní krize, kterou prochází.⁶⁷ Pěč a kol. mluví také o důležité roli psychologa v multidisciplinárním týmu a sice uvádí konkrétní činnosti, které psycholog – klinický psycholog – provádí. Shrnuje je do těchto bodů: provedení psychologického vyšetření jak za účelem diagnostickým, tak i za účelem zvolení nejvhodnějších následných postupů, poskytuje krizovou intervenci, pracuje s rodinou, poskytuje psychoedukaci a pokud je i psychoterapeutem, tak provádí různé formy terapie.⁶⁸

Praxe nám ukazuje, že často vidíme psychologa zároveň jako psychoterapeuta. Psychoterapeut se liší od psychologa tím, že na základě svého systematického vzdělání v dlouholetém psychoterapeutickém výcviku může „*léčit duševní a emocionální poruchy, případně z nich odvozené tělesné potíže prostřednictvím psychologických*

⁶⁷ Srov. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 42-44.

⁶⁸ Srov. PĚČ, O.; VACHKOVÁ, L. a kol. *Psychiatrická rehabilitace*. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 132.

prostředků“.⁶⁹ Psychoterapeut nemusí nutně poskytovat pouze individuální terapii, ale i skupinovou či rodinnou. Při terapii psychotických klientů nelze s jistotou říci, který psychoterapeutický směr je ten pravý, ale Mentzos se snaží definovat přístupy, které nejsou vhodné pro schizofreniky. Hovoří o terapii, která pracuje s logickými argumenty, přesvědčováním o neexistování bludných představ, až dokonce s manipulativními technikami. Bludy se schizofrenikům výslovně nesmí vymlouvat, ale musí se s nimi pracovat. Další terapií, kterou Mentzos odmítá, je takzvaná odkrývající terapie – „*nemodifikovaná psychoanalytická standardní technika*“.⁷⁰ Tuto techniku shledává nevhodnou kvůli svému opomíjení psychotických odchylek. Poslední nevhodnou terapií shledává terapii, která je založena na bezmezně obrazně řečeno mateřské lásce.⁷¹

Naopak některá literatura hovoří ve vztahu k individuální terapii schizofrenních klientů o vhodných psychoterapeutických přístupech, jako jsou – psychoanalýza, kognitivně-behaviorální terapie, expresivní terapie a arteterapie a další.⁷² Na úrovni skupinové psychoterapie jsou doporučovány tyto terapie – dramaterapie, muzikoterapie, taneční pohybová terapie aj.⁷³

Všechny formy terapie jsou založené především na terapeutickém vztahu klienta a pracovníka. Terapeut musí mít určité předpoklady, aby dokázal vytvořit bezpečný prostor pro otevření se. Klient by měl cítit prostor plný empatie, akceptace a měl by vědět, že terapeut je zde pro něj, aby společně zvládli určité druhy úskalí. V psychoterapii je velmi důležitá „*podpora zdravých částí osobnosti*“⁷⁴. Terapeut se klientovi snaží pomoci v tom, aby pochopil, co se s ním děje. Snaží se společně najít či posilnit neporušené prožívání klienta, snížit psychotické známky schizofrenie, nalézt jeho důvěru k sobě, i k okolí. Velmi často se setkáváme s tím, že klient po psychotické epizodě nemá žádné stabilní základy pro to, aby se mohl postavit zpět na vlastní nohy a uvažovat reálně o tom, co s ním nyní bude. Terapeut klienta nabádá k znovunalezení kontroly nad sebou samým a také ho provází na cestě k objasnění svého hodnotového žebříčku, který je vlivem nemoci porušen či chybí úplně. V neposlední řadě je také psychoterapie směřována k vyřešení dosavadních problémů, se kterými si klient neví

⁶⁹ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 488.

⁷⁰ MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*, s. 53.

⁷¹ Srov. tamtéž, s. 53-54.

⁷² Srov. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 34-72.

⁷³ Srov. tamtéž, s. 160-186.

⁷⁴ PRAŠKO, J. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*, s. 34.

rady. Psychoterapie s klienty se schizofrenií je velmi dlouhodobá a může trvat i několik let.⁷⁵

Psycholog nebo psychoterapeut v multidisciplinárním týmu je profesionálem, který dokáže pomocí psychologických metod klientovi pomoci v překonání akutní duševní krize. Nestačí pouze hovořit s psychiatrem či psychiatrickou sestrou, kteří klientovi zajistí zdravotní péči, ale již mu nejsou schopní ulevit od duševních stavů prostřednictvím terapie. Terapeut či psycholog se velmi často stává osobou, která hraje v klientově životě důležitou roli.

Pro tým je terapeut či psycholog důležitý především tím, že zná duševní stav klienta a je schopný potřebné informace sdílet v týmu. Společně s ostatními odborníky tak dokáže pracovat na plánu péče tak, aby byly pokryty všechny oblasti klientova života.

2.4.4. Sociální pracovník

V předchozích podkapitolách jsme specifikovali odborníky, které sledujeme za důležité při multidisciplinární práci se schizofrenními klienty. Je však nutné, abychom podrobněji zpracovali pozici sociálního pracovníka v tomto týmu, neboť zde má svou klíčovou pozici.

V první podkapitole této diplomové práce se zmiňujeme o tom, jak můžeme nahlížet na sociální práci v kontextu duševního onemocnění. Definujeme tři úrovně sociální práce, kde se klient setkává se sociálním pracovníkem. Pro náš multidisciplinární tým je však nejdůležitější sociální pracovník, kterého uvádíme na třetí úrovni. Vzhledem k multitému tedy budeme hovořit o sociálním pracovníkovi, se kterým se schizofrenik setkává mimo institucionalizované zařízení – ať už to je mimo léčebnu či mimo sociální odbor.

Je však nutné podotknout, že pokud pracuje tým s klientem, který má omezenou způsobilost k právním výkonům, a tudíž mu je ustanoven prostřednictvím soudu opatrovník (rodinný či institucionalizovaný – pravděpodobně sociální pracovník), je nutné, aby tým spolupracoval i s ním. Zde pak sociální pracovník v roli opatrovníka zastává zcela jinou úlohu a především hájí zájmy klienta v právní oblasti. Podrobněji se zde otázkou omezení způsobilosti k právním úkonům či opatrovnictví zabývá

⁷⁵ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*, s. 34.

nebudeme, ale je nutné zmínit, že tuto problematiku nově upravuje Občanský zákoník, který vešel v platnost 1. 1. 2014.⁷⁶

Pro náš stanovený multidisciplinární tým tedy bude důležitý, jak jsme již zmiňovali, sociální pracovník, který pracuje s klienty mimo psychiatrické zařízení a většinou v neziskovém sektoru. Tyto návazné služby či komunitní služby slouží k tomu, aby klientům napomáhali v řešení jejich stávajících situací, když se ocitnou zpět v běžném životě po ukončení hospitalizace v psychiatrické léčebně.

Jak tedy rozumět roli sociálního pracovníka v multitýmu? Již samotný název této podkapitoly napovídá, že sociální pracovník bude jakýsi koordinátor stanoveného týmu. Koordinátorem máme na mysli to, že sociální pracovník působí jako spojovatel mezi ostatními odborníky, kteří se podílí na práci u jednotlivého případu. Většinou bývá ten první, který iniciuje společné porady a konzultace jednotlivých profesních odborníků, neboť s klientem vytváří pevný, úzký a profesní vztah, založený na respektu a partnerství. Doprovází ho na cestě ke znovunalezení dialogu mezi ním samotným a prostředím, ve kterém klient žije.⁷⁷

Jak jsme již uvedli, pro náš vydefinovaný multidisciplinární tým je zásadní sociální pracovník v následných sociálních službách. Už i z toho důvodu, že sociální pracovník v nestátních neziskových organizacích pracuje s psychotickými klienty v takzvané přímé péči. Je s nimi v častém kontaktu, a tudíž má mnoho cenných informací jak o osobě a potřebách klienta samotného, tak i o prostředí, ve kterém se klient pohybuje. Stav klienta vidí z komplexního pohledu a nedívá se pouze na jeden problém, se kterým klient přichází.⁷⁸

První kontakt sociálního pracovníka a schizofrenního klienta se odehrává buď v psychiatrické léčebně, kam sociální pracovník z organizace terénně dojíždí a již zde si mapuje a vyhledává klienty, se kterými později bude pracovat. Nebo se s klientem prvotně setkává až v organizaci, kam klient přijde ze své iniciativy, nebo častěji

⁷⁶ Srov. ČEBIŠOVÁ, R.; CHÁBOVÁ, R. a kol. Dobrá praxe opatrovnictví a poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování. In *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Posl. aktual. 11. 2. 2014 [cit. 12. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/15053/manual_opatrovnictvi.pdf>.

⁷⁷ Srov. PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. (ed). *Sociální práce v praxi*, s. 135.

⁷⁸ Srov. URBAN, D. Postavení sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu. In *Sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce: Spolupráce v sociální práci* [online]. Hradec Králové: Univerzita Hradce Králové, © 2010-2014 [cit. 12. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.uhk.cz/cs-cz/fakulty-a-pracoviste/ustav-socialni-prace/eDokumenty/Documents/Sbornik%20z%20Hradeck%C3%BDch%20dn%C5%AF/Spolupr%C3%A1ce%20v%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ci.pdf>>.

z iniciativy svého okolí. Pokud se naváže spolupráce s klientem již v léčebně či v jiném institucionalizovaném prostředí, je to výhodou a klient je dopředu připraven na to, co ho bude čekat. Sociální pracovník si v tomto momentu již dělá obrázek, jak spolupráce bude probíhat a informuje o tom klienta. Z praxe je nám známo, že tento fakt, kdy prvotní kontakt je realizován ještě před ukončením hospitalizace, na klienta působí velmi pozitivně. S pracovníkem se již znají a přijít do organizace je pro něj snazší, když o ní má dopředu nějaké informace a je seznámen s tím, co mu sociální pracovník může nabídnout. Sociální pracovník v této variantě institucionalizovaného kontaktu s klientem může pracovat na přechodu zpět do běžného prostředí.⁷⁹ Zvlášť důležité to je u klientů, kteří byli hospitalizováni při své první psychotické atace. Potřebují se zorientovat ve své situaci a nejistota, z toho, co je čeká je pro ně silně degradující.

Sociální pracovník získává důležité informace o klientovi a poté je schopný kontaktovat další odborníky a koordinovat potřebnou péči. K tomu, aby započal tento proces, je nezbytné, aby získal informace jak o klientovi, tak i o jeho okolí. Zjišťuje klientův zdravotní stav, zda má nějaké rodinné zázemí, pobírá dávky, na které má nárok, a další. K tomu, aby vhodně rozpoznal potřeby svého klienta, využívá především umění rozhovoru⁸⁰ a v našem případě je vhodné využít Camberwellskou metodu hodnocení potřeb.

2.4.4.1 Camberwellské hodnocení potřeb

Camberwellské hodnocení potřeb (dále CAN) je komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním. V našem případě schizofrenních klientů je velkým přínosem a díky jemu lze zabezpečit všechny zdravotní i sociální potřeby klienta. Účelem tohoto hodnocení potřeb je zjistit, ve kterých oblastech je třeba intenzivní pomoc, v jaké oblasti se mu již pomoci dostává a kde pomoc nepotřebuje.⁸¹

Metoda CAN má mnoho výhod a sice – má odpovídající psychometrickou kvalitu, její časová náročnost není velká, trvá zhruba od 30 minut do dvou hodin, ukazuje jak pohled klienta na různé oblasti života, tak i pohled pracovníka. Není zapotřebí, aby sociální pracovník měl nějaký systematický výcvik pro tuto metodu, ale spíše určité

⁷⁹ Srov. PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. (ed). *Sociální práce v praxi*, s. 137.

⁸⁰ Srov. HAVRÁNKOVÁ, O. Případová práce. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 75.

⁸¹ Srov. PROBSTOVÁ, V.; ŠELEPOVÁ, P. a kol. *CAN: Camberwellské hodnocení potřeb*, s. 14.

zkušenosti, aby mohl metodu správně využít. Další výhodou je, že toto hodnocení se může dělat jak na začátku spolupráce, tak i v průběhu péče. Odráží tak efektivitu poskytované péče a spokojenost klienta. Díky tomu, že je zde pohled obou spolupracujících stran – klienta i pracovníka, je možné vést diskuzi a dialog mezi sebou a dospět k východiskům, která klientovi budou vyhovovat.⁸²

Hodnocení se děje prostřednictvím Camberwellského formuláře, který má čtyři různé sekce. První sekce se zabývá hodnocením míry potřeb. Hodnotí se, zda je potřeba, již naplněna či nikoliv a zda již byla poskytnuta nějaká pomoc. Pokud není potřeba naplněna, je nutné se zabývat dalšími sekcemi. Druhá sekce má za cíl zjistit, zda v neuspokojené potřebě byla poskytnuta nějaká pomoc z neformálních zdrojů. Neformálními zdroji máme na mysli pomoc od rodiny, přátel, blízkých. Třetí sekce zjišťuje množství formální pomoci. Formální pomocí se rozumí pomoc od poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb. Poslední čtvrtá sekce je zde pro to, aby bylo uvedeno, jak klient vnímá jednotlivé oblasti a společně s pracovníkem mohli navrhnout potřebný plán péče.⁸³

Jak jsme již uvedli, CAN má čtyři sekce, do kterých se zaznamenávají jednotlivé zkratky, které symbolizují, zda potřeba existuje či nikoliv a jestli je nebo není naplněná. Hodnocení se týká celkem dvaadvaceti oblastí jak sociálních, tak i zdravotních potřeb. Jsou to tyto oblasti: bydlení, strava, péče o domácnost, péče o sebe, denní činnosti, tělesné zdraví, psychotické symptomy, informace o zdravotním stavu a léčbě, psychické potíže, ohrožování sebe, ohrožování ostatních, alkohol, drogy (psychoaktivní látky), přátelé, intimní vztahy, sexualita, péče o děti, základní vzdělání, telefon, doprava, peníze a finanční dávky. Jak je vidět, dotazník se snaží zabezpečit všechny oblasti lidského života, se kterými psychotický klient může mít vážný problém.⁸⁴

V manuálu CAN jsou uvedeny příkladné otázky, jak se daného klienta na jednotlivé oblasti zeptat. Je nezbytné, aby pracovník využil všechny své komunikační dovednosti a návodnými otázkami zjistil potřebné informace. Je však nezbytné, aby klient byl s hodnocením potřeb seznámen a věděl, co to obnáší. Některé oblasti, na které se pracovník bude klienta ptát, jsou velmi osobní a intimní, takže je dobré, aby o nich klient byl informován dopředu. Jak jsme již podotkli, velkým pozitivem na této metodě sběru dat a vyhodnocování klientových potřeb je dvojitý pohled. Pohled jak klienta, tak

⁸² Srov. PROBSTOVÁ, V.; ŠELEPOVÁ, P. a kol. *CAN: Camberwellské hodnocení potřeb*, s. 14.

⁸³ Srov. Tamtéž.

⁸⁴ Srov. Tamtéž.

i pracovníka. Je doporučováno, aby pracovník své hodnocení dělal před nebo po schůzce, nikoliv během schůzky. Cílem je také seznámit klienta s pracovníkovým pohledem a zvolit další postupy v neuspokojených potřebách. Důležité však je také zmínit, že pracovník zaznamenává do archu skutečně to, co klient říká, nikoliv to, jak danou situaci vidí pracovník. Nyní máme na mysli to, když klient na otázku, zda někdy slyší hlasy, či má halucinace (zjišťování psychotických symptomů) odpoví, že nemá, ale pracovník ví, že klient hlasy či halucinace má, jen o nich nemluví, pracovník zaznamená odpověď, jakou klient říká. Později ve svém hodnocení zaznamená, že ze svého pohledu klient psychotické příznaky měl. Toto zaznamenávání musí být zachováno po celou dobu vyplňování dotazníku CAN.⁸⁵

Camberwellské hodnocení potřeb má jak své výhody, tak i nevýhody. Výhody tohoto zjišťování potřeb jsme již nastínili. Není časově náročný, využívá se v určitých intervalech, je zde obsažen pohled klienta i pracovníka. CAN obsahuje i témata, která jsou ožehavá, ale přesto je důležité o nich mluvit. Naproti výhodám má i tento nástroj jisté nevýhody. V praxi se ukazuje, že není vždy jasné, jak správně kódovat odpovědi klienta a hodnocení potřeb klienta ze strany pracovníka je subjektivní. Je tedy možné spatřovat rozdíly v pohledech různých pracovníků. Také jednotlivé názvy oblastí, které CAN zahrnuje, mohou být zavádějící. Je však možné, že pracovník si otázky pozmění podle situace, ale v jádru by zjišťované potřeby v daných oblastech měly být zachovány.⁸⁶

Zjišťování potřeb podle CAN provádí sociální pracovník, jak je zřejmé z umístění této podkapitoly. Nechceme však tento nástroj brát jako jakési dogma, ale upozorníme na to, že toto hodnocení může být nesmírně cenné v práci multidisciplinárního týmu. Sociální pracovník s výsledky šetření může ostatní odborníky seznámit a podle toho společně začnou plánovat péči daného klienta.

Na následující krátké kazuistice budeme ilustrovat postup sociálního pracovníka při hodnocení potřeb klientky prostřednictvím metody CAN.

„Padesátileté klientce M. byla diagnostikována před více jak patnácti lety paranoidní schizofrenie. Přichází do nestátní neziskové organizace z důvodu přestěhování do jiného regionu České republiky. Dříve spolupracovala se sociální pracovníci v místě bydliště. Je si vědoma toho, že bez podpory a pomoci ze strany

⁸⁵ Srov. PROBSTOVÁ, V.; ŠELEPOVÁ, P. a kol. CAN: Camberwellské hodnocení potřeb, s. 14-19.

⁸⁶ Srov. tamtéž, s. 63.

organizace bude fungovat stěžít. Sociální pracovníce byla již s klientkou M. na několika schůzkách a společně o metodě CAN hovořily. Sociální pracovníce klientce sdělila, k čemu tento nástroj bude sloužit a že to pro obě strany může být obohacující a vhodné pro plánování další péče. Sociální pracovníce se rozhodla, že své hodnocení udělá před společnou schůzkou. Předpokládala, že vyvstane několik problémů, jež bude třeba zabezpečit. Shledala, že klientka M. má problémy v oblasti denních činností, neboť nechodí do práce a ani nijak nevyužívá volný čas, pouze je zavřená doma a kouří cigarety. Klientka si také již několikrát stěžovala na svůj fyzický stav, ale neodhodlala se sama navštívit místního lékaře, proto pracovníce shledává, že zde by klientka uvítala pomoc. Klientka M. dojíždí na psychiatrickou ambulanci do vedlejšího města, kde jsou jí aplikovány depotní injekce. Avšak díky nedostatku financí již po několikáté ambulanci nenavštívila a tudíž jí chyběla farmakologická léčba. Toto se za nedlouho ukázalo jako alarmující, neboť klientka začala slyšet silné hlasy a měla halucinace. Sociální pracovníce vidí v této oblasti velkou potřebu změny. Další oblastí, kterou sociální pracovníce vyhodnotila jako závažnou, je společenský život klientky. Podle jejích slov se velmi často cítí sama a izolovaná. Posledními oblastmi, kde sociální pracovníce hodnotila potřebu jako nenaplněnou, jsou peníze a finanční dávky. S těmito závěry pracovníce seznámí klientku M. až po jejím hodnocení prostřednictvím CAN.

Klientka pokládaným otázkám rozuměla a neměla potíže s odpověďmi. Avšak vyhodnotila ze svého pohledu pouze oblasti financí, finančních dávek, nevyužívání volného času – denních aktivit a s tím spojený nedostatek sociálních vztahů.

Pracovnice z této konzultace vyhodnotila, že předmětem jejich příštího sezení bude společné porovnání výsledků hodnocení jak její, tak klientky. Jelikož jejich hodnocení je v určitých oblastech odlišné, může díky tomu být veden s klientkou obohacující dialog, díky němuž mohou dále plánovat následující kroky společné spolupráce.“

Camberwellské hodnocení potřeb je snadný nástroj ke zjištění toho, co konkrétní klient opravdu potřebuje. Jak již bylo zmíněno výše, provádí ho většinou sociální pracovník.

V předchozích podkapitolách byli popsáni odborníci, kteří se podílejí na řešení konkrétního případu klienta v rámci multidisciplinárního týmu. Nyní je však na řadě, abychom si přiblížili, jak taková spolupráce odborníků funguje.

2.4.5 Spolupráce jednotlivých složek multitýmu

Na začátku této druhé kapitoly, která se zabývá multidisciplinárním přístupem ke klientům se schizofrenií, bylo zmíněno, že multitým pracuje v rámci komunitních služeb. Shledáváme jako důležité toto tvrzení zdůraznit, aby neupadlo v zapomnění. Komunitní péče o klienty s duševním onemocněním se v posledních letech výrazně vyvíjí a nejspíš to vychází z předpokladu, že duševní onemocnění není výhradně záležitost zdravotnického systému a péče, nýbrž i oblasti sociální. *„Pojem komunitní péče přesahuje klasické dělení péče na zdravotní a sociální. Vychází z přesvědčení, že je v silách přirozeného společenství napomoci závažně zdravotně oslabeným lidem vést život podle jejich představ – tedy i setrvat v přirozeném prostředí a udržet kvalitu života na úrovni srovnatelné se zdravou populací.“*⁸⁷

Po zdůraznění významu komunitní péče, v rámci níž působí multidisciplinární tým při práci se schizofrenními klienty, se nyní podíváme na konkrétní práci týmu. Již byli definováni odborníci, kteří jsou v multidisciplinárním týmu zahrnuti, a tak nezbyvá, než přistoupit ke konkrétním činnostem multitýmu. Rádi bychom ještě zmínili, že práce týmu se liší v závislosti na prostředí, kde je poskytována. Toto tvrzení budeme deklarovat na práci multidisciplinárního týmu v České republice a v zahraničí.

2.4.5.1 Multidisciplinární tým v České Republice

V literatuře, internetových zdrojích i v praxi se pojem multidisciplinární tým vyskytuje zřídka. Ve stejném smyslu se pracuje s pojmy komunitní tým, case management aj., jak jsme například uváděli v předchozích kapitolách. Komunitním způsobem a s multidisciplinárním týmem pracují organizace, jako jsou: Fokus Praha, Fokus Mladá Boleslav, Fokus Vysočina, Eset Help, Green Doors, Péče o duševní zdraví a další. Tyto nestátní neziskové organizace se snaží spojit sociální a zdravotní složku péče o klienty. Tuto snahu mají ztíženou díky nemožnosti proplácení výdajů ze zdravotního pojištění, vyjma psychiatrických sester, jak jsme již uváděli.

Tým je složen ze složek, které jsme již popisovali. V praxi to však bývá tak, že v organizacích, které poskytují komunitní služby, jsou zřídka zaměstnáni na plný úvazek psychiatři, psychologové či psychoterapeuti. Nejčastěji jsou tyto obory zastoupeny v externí spolupráci s organizací. Avšak výjimky potvrzují pravidlo

⁸⁷ FOITOVÁ, Z. Komunitní péče aneb aby péče o duši neztatila duši. In PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, s. 212.

a například Fokus Praha ve svém týmu má psychiatry a sociální pracovníky, kteří zabezpečují terénní krizové služby.⁸⁸ Také v Mladé Boleslavi ve Fokusu působí psychiatr, který je zároveň i ředitelem, tudíž tolik času v přímé práci s klienty nestráví.⁸⁹

Zahájením spolupráce mezi klientem a multitýmem zastává většinou sociální pracovník, který se s ním setkává jako první. Děje se tak buď již v psychiatrické léčebně, nebo až mimo ni. Po prvním kontaktu a zjištění toho, co by klient potřeboval je jeho případ konzultován v týmu pracovníků organizace, kde je rozhodnuto, zda klient může vstoupit do služby. Při následujících konzultacích pracovník zjišťuje potřeby klienta a oblasti, ve kterých má klient potíže. Většinou je pro tvorbu týmu rozhodující počet služeb, které klientovi mají být poskytnuty, aby bylo zabezpečeno jeho sociální fungování ve společnosti. Pracovník si v tomto momentu mapuje situaci klienta a podle toho mu nabízí vhodné služby k využití. Je pravidlem, že v organizacích se neposkytuje pouze jeden typ služby – sociální rehabilitace, ale hned služeb několik (sociálně terapeutická dílna, chráněné či tréninkové bydlení aj.). Sociální pracovník tedy zprostředkovává klientovi další typy služeb a s ostatními pracovníky těchto služeb spolupracuje na plánu péče klienta. Prvními pracovníky týmu tedy jsou sociální pracovníci z jednotlivých služeb, kteří hovoří o situaci klienta.⁹⁰

Dalším momentem, kdy jsou do týmu přizváni další specialisti, je zajištění zdravotnické složky klienta. Zde hovoříme o komunikaci s psychiatrickými sestrami a psychiatry. Pokud má organizace ve svém týmu zdravotní či psychiatrické sestry, je komunikace mezi sociálním pracovníkem a jimi usnadněná. Klient je seznámen s úlohou sestry a může tedy vyžadovat její terénní služby. Psychiatrická sestra je v kontaktu se sociálním pracovníkem prostřednictvím porad v organizaci, a tak je vzájemná výměna důležitých informací samozřejmostí. S psychiatry ambulantními či v léčebně je společná konzultace na domluvě. Většinou to však bývá u psychiatrů v léčebně přesně stanovený den, kdy probíhá konzultace se sociálními pracovníky z organizace. Tento dohodnutý prostor a čas je pro všechny zúčastněné závazný. Probíhá zde výměna informací o klientech, kteří jsou v péči sociálních pracovníků z organizace, či těch, kteří jsou momentálně umístěni v psychiatrické léčebně

⁸⁸ Srov. BAJER, P. Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2008, roč. 8, č. 1, s. 4.

⁸⁹ Srov. BAJER, P. V Mladé Boleslavi praktikují case management. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2008, roč. 8, č. 1, s. 38.

⁹⁰ Srov. Tým sociální rehabilitace – case management. Fokus Mladá Boleslav. Operační manuál . In *Fokus Mladá Boleslav – sdružení pro péči o duševně nemocné* [online]. Mladá Boleslav, srpen 2007 [cit. 13. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.fokus-mb.cz/vnitri/OM/TT.pdf>>.

a potřebovali by služby organizace. Těchto případových vedení jsou účastní sociální pracovníci z organizace, psychiatr a psycholog. Všichni přítomní jsou seznámeni na začátku s klienty, jejichž případy se budou řešit. Vzájemná výměna informací probíhá pod podmínkou, že klient je o těchto konzultacích informován a může být k nim i přizván. Při těchto setkáních odborníci konzultují stav klienta jak z hlediska zdravotní oblasti, psychologické, tak i sociální. Společně se domlouvají na dalším postupu péče a hovoří o jednotlivých pohledech na danou problematiku klienta. Tato možnost spolupráce multitýmu je jednodušší než spolupráce s ambulantními psychiatry a externími psychology/psychoterapeuty.⁹¹

S ambulantními psychiatry je spolupráce pouze na domluvě, nikoliv na přesně stanoveném datu. Vzhledem k časovým možnostem lékařů záleží společná konzultace se sociálními pracovníky a dalšími členy týmu na individuální domluvě. Lékaře může kontaktovat sociální pracovník, ale i obráceně lékař sociálního pracovníka.⁹² Nejlepší varianta je, když se sejde celý tým nad konkrétním případem klienta. Pokud však toto nelze zabezpečit, sociální pracovník je prostředníkem a spojníkem mezi jednotlivými profesionály a výměna informací lze uskutečňovat přes něj.

Spolupráce s psychologem či psychoterapeutem se také liší podle toho, zda v organizaci pracují či nikoliv. Dnes už je standardní, že organizace mají svého psychologa či terapeuta zaměstnaného alespoň na částečný úvazek, a tak klientům poskytuje psychologické služby v rámci organizace v pravidelných intervalech. Spolupráce se sociálním pracovníkem či case managerem je pružnější, častější a může tak být téměř okamžitě reagováno na potřeby klienta. Spolupráce tedy probíhá v místě organizace a jsou při ní přítomni všichni pracovníci, kteří s klientem pracují v rámci poskytovaných služeb.⁹³ Pokud psycholog či psychoterapeut s organizací přímo nespolupracuje, je úkolem sociálního pracovníka, aby ho oslovil a pokusil se s ním navázat spoluprací. Někdy se toto v praxi ukazuje za velmi složitou úlohu a ne vždy se podaří spoluprací navázat za účelem plnění plánu komplexně.

Na následující kazuistice klienta P. bude popsána konkrétní spolupráce týmu odborníků.

⁹¹ Srov. HEJZLAR, P. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. In *Péče o duševní zdraví* [online]. © 2010 [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.pdz.cz/uploaded/hejzlar.pdf>>.

⁹² Srov. tamtéž.

⁹³ Srov. tamtéž.

„Klient P. je devětatřicetiletý muž, kterému bylo diagnostikováno duševní onemocnění F20.1 – hebefrenní schizofrenie - která se u něj projevuje impulzivními emocemi a nezodpovědným a nepředpokládaným chováním. Bludy a halucinace se u něj projevují zřídka vlivem pozitivního potlačení prostřednictvím farmakologické léčby. Od svých mladých let se pohybuje v ústavních zařízeních a bez podpory rodiny. Klienta P. kontaktoval sociální pracovník v době hospitalizace v psychiatrické léčebně. O případu tohoto klienta bylo referováno v rámci pravidelných porad odborníků, kde padl návrh na převzetí klienta do následné péče. Pracovník navázal s klientem kontakt a nabídnul mu služby organizace. V průběhu zjišťování potřeb klienta metodou CAN došlo ke zjištění, že bude potřeba zabezpečit bydlení, naplnění volného času, vyřízení sociálních dávek, změnu psychiatra, se kterým klient nebyl spokojen a zajištění odpovídajícího psychoterapeutického kontaktu. Důležité však v momentálním stavu bylo zajistit přechod klienta z psychiatrické léčebny do společenského prostředí, v němž před nástupem na hospitalizaci žil. Klient se vyznačoval vážnými problémovými okruhy a sociální pracovník s klientem na těchto záležitostech začal pracovat. Sociální pracovník zahájil mapování služeb, které by pro klienta mohly být obohacující. Nejprve kontaktoval zástupce chráněného bydlení v místě bydliště a sociální odbor kvůli finančnímu zabezpečení klienta. Po vyřízení administrativních záležitostí se klient po hospitalizaci nastěhoval do chráněného bydlení, dříve bydlel v nevyhovujících podmínkách na ubytovně. Po souhlasu klienta se pracovník domluvil s ambulantním psychiatrem a s externím terapeutem v organizaci, zda klienta přijmou do své péče. Pracovník společně s klientem navštívili odborníky, neboť klient cítil velkou nedůvěru vůči nim a potřeboval podporu ze strany pracovníka. Sociální pracovník tímto zahájil spolupráci s psychiatrem, psychoterapeutem a dalšími pracovníky v rámci organizace, kteří se vzájemně po dohodě domlouvali, jakým směrem s klientem postupovat. Sociální pracovník společně s odborníky a klientem sepsali plán péče, který společně začali plnit. Dle potřeby a akutních stavů klienta se vzájemně odborníci spojí a dohodnou si schůzku, na které případ klienta budou dále projednávat.“

Z výše popsaného je očividné, že multidisciplinární tým koordinuje sociální pracovník a domlouvá se s jednotlivými odborníky tak, aby byla zajištěna péče klientům komplexně. Česká společnost se připravuje na transformaci psychiatrické péče a dlouho se již mluví o zrušení velkých psychiatrických molochů a jejich nahrazení prostřednictvím komunitních služeb, tak jak je to trendem v zahraničí. Naše společnost

ale ještě není připravená na tyto velké změny, a tak se zatím pracuje s vytvářením živné půdy pro tyto změny.⁹⁴ Na transformaci psychiatrické péče se podíváme ještě v následující podkapitole. Nyní se však ještě vrátíme k multidisciplinárním týmům. Podíváme se na to, jak se daří multidisciplinární spolupráce odborníků v kontextu závažně duševně nemocných klientů v zahraničí.

2.4.5.2 Multidisciplinární týmy v zahraničí

Pro srovnání a ukázkou, jak může fungovat multidisciplinární přístup ke klientům se schizofrenií, jsme vybrali italský Terst. Na terstském modelu komunitního přístupu chceme ukázat to, jak je možné, aby tento systém fungoval, a na praktických zkušenostech z třídní stáže demonstrovat to, jak se liší tento přístup a pohled na věc u nás a v Itálii. K tomu, abychom pochopili, jak multidisciplinární přístup aplikují v Terstu v praxi, je nutné vědět několik informací o průběhu psychiatrické reformy.

V italském městě Terst, které leží na severovýchodě Itálie, bylo počátkem osmdesátých let minulého století uskutečněno mnoho změn v psychiatrickém zdravotnictví. V Terstu fungovala psychiatrická léčebna, která ročně měla dvaapůltisíce kontaktů s klienty a skoro 1300 klientů hospitalizovaných. S novými nápady přišel psychiatr Franko Basaglia, který byl sám ředitelem léčebny. Byl přesvědčen o tom, že psychiatrická léčebna nemá pro klienty téměř žádnou vypovídající léčebnou hodnotu a chybí v ní humánnější přístup ke klientům. Dal proto dohromady mladé psychiatry, kteří ještě neměli mnoho praktických zkušeností, sociální pracovníky, psychology, dobrovolníky a studenty a pokusili se o „převrat“ v rámci psychiatrické péče. Jejich vize byla přeorganizovat stávající psychiatrickou léčebnu tak, aby byla otevřena do společnosti a byly v ní poskytovány odpovídající služby, které klientům pomáhaly zapojit se zpět do života komunity a nikoliv, aby byli závislí na psychiatrické léčebně – snížení počtu hospitalizovaných klientů. Nejprve došlo k restrukturalizaci vnitřních prostor léčebny a to tak, že nikde nebyla oddělení, která by byla zamčená, zrušily se určité formy léčby (šoková terapie) a klientům byl usnadněn přístup mimo léčebnu, s čímž souviselo prosazování dobrovolné hospitalizace. V tomto období bylo hlavní se soustředit na znovuvybudování vztahů klientů s komunitou a naopak. Ne vždy

⁹⁴ Srov. MAJ, M.; RABOCH, J. Budování komunitní psychiatrické péče – některé zkušenosti a doporučení. In *Česká a slovenská psychiatrie. Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS* [online]. © Česká a Slovenská psychiatrie 2014, © Galén 2014 [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_6_294.pdf>.

se iniciátoři této reformy setkali s pozitivním přijetím, ale své snahy a přesvědčení o jinak vedené léčbě duševně nemocných klientů se nevzdali. Postupem času byla léčebna i samotné město Terst rozdělena do pěti zón a v každé ze zón města byla vytvořena Centra duševních zdraví - Dipartimento di salute mentale Trieste⁹⁵. Postupně byly veškeré služby z psychiatrické léčebny přesunuty do center duševního zdraví. Psychiatrická léčebna byla v Terstu zrušena a s tím i ústavní řešení krizí duševně nemocných klientů.⁹⁶

V Centrech duševního zdraví pracují na plný úvazek psychiatři, psychologové, sociální pracovníci a zdravotní sestry. Zajišťují tak komplexní psychiatrickou péči a mají čtyřicetihodinový provoz, sedm dní v týdnu. Všechny centra poskytují mnoho služeb klientům, kteří dochází do centra v místě bydliště. Tudíž centra mají rozdělené regiony, z kterých k nim přicházejí klienti. Tento systém je pro klienty snadno dostupný a efektivní, neboť centrum pracuje s danou komunitou, ze které klient pochází. V centrech duševního zdraví probíhají každý den porady všech pracovníků, kteří pracují s klienty. Klade se velký důraz na osobní názor všech pracovníků a vzájemně si tak mohou poskytovat různé úhly pohledu na daný problém klienta. V takto komplexních službách můžeme snadno hovořit o práci multidisciplinárního týmu. Vzájemná spolupráce a koordinace péče klienta je samozřejmostí a na běžném denním pořádku. Odborníci společně pracují na jednotlivých oblastech života klienta a jeho problémech. Mohou téměř okamžitě reagovat na aktuální potřeby a přizpůsobovat jim komplexně zajištěnou péči. Odborníci se dívají na klienta ne jen jako na někoho s diagnózou, nýbrž jako na samostatnou bytost ve své celistvosti. Proto se snaží zajišťovat komplexní péči tak, aby klientovi co nejvíce sedla a díky ní byl schopný se zapojit do dění komunity a postavil se tak zpět na vlastní nohy. Ze strany profesionálů je kladen důraz také na práci s rodinou klienta a potažmo celou komunitou. Klienti mohou navštěvovat rehabilitační centrum, které sídlí v areálu bývalé léčebny a zde se zapojit do tréninkového programu. Tréninkový program slouží k tomu, aby klienti byli zapojeni do pracovního procesu. Mohou si vyzkoušet práci v jednotlivých kooperativách. Pokud se osvědčí, získají zde zaměstnání. Rehabilitační centrum se tedy specializuje na řešení oblasti práce, bydlení a socializace klientů. Velmi úzce

⁹⁵ Srov. Dipartimento di salute mentale Trieste [online]. [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.triestesalutementale.it/welcome.asp>>.

⁹⁶ Srov. BASAGLIA, F. Trieste po dvaceti letech – od kritiky psychiatrických institucí k institucím pečujícím o duševní zdraví . In Fokus – sdružení pro péči o duševně nemocné [online]. [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.fokus-cr.cz/index.php/dokumenty/file/23-trieste-po-dvaceti-letech>>.

spolupracuje s centry duševního zdraví a také v rámci této spolupráce společně pracují na případu konkrétního klienta. Do multidisciplinárního týmu jsou tedy zahrnuti i pracovníci z rehabilitačního centra a provázanost jednotlivých služeb je zajištěna. Podle slov pracovníků se velmi dobře daří, aby klienti brali nejnížší, či žádné druhy psychiatrických léků, a to z toho důvodu, že jsou zaměstnání a přijímání okolní komunitou. Multitým je tedy složen z velkého množství pracovníků, kteří spolu vzájemně komunikují a zajišťují komplexní péči svým klientům.⁹⁷

Z výše popsané vzájemné spolupráce jednotlivých složek multidisciplinárního týmu v Terstu je patrné, že tento systém je účinný a prospěšný. Je to však dáno i tím, že podpora ze strany města je obrovská a město Terst má samo podíl a zásluhy na tom, že jsou komunitní služby pro duševně nemocné takto nastavené a fungují. Jak ale spolupráce odborníků v multidisciplinárním týmu probíhá v jiných zemích Evropy?

V irském Dublinu působí již 13 let nezávislý statutární orgán Mental Health Commission – Komise duševního zdraví, která podporuje vysoké standardy poskytování služeb v oblasti duševního onemocnění a dbá na jejich dodržování.⁹⁸

Tato komise také vydala dokument, v němž hovoří o multidisciplinární práci s duševně nemocnými klienty a ukazuje zde dva modely práce v týmu. Jedním z modelů je case management, který jsme již popsali v podkapitole „2.1 Case management“ a druhým modelem je „Model the keyworker“ – v překladu model klíčového pracovníka. Hlavním úkolem tohoto modelu je poskytovat a spravovat služby pro klienta. V tomto modelu jsou tři klíčové osoby, které můžeme označit jako klinického vůdce, koordinátora týmu a manažera. Každá pozice má své kompetence a snaží se zajistit hladký chod týmu. V týmu jsou všichni koordinátoři a klíčoví pracovníci. Tým se skládá z různých profesí, což bývá jak pro klienta, tak pro tým samotný obohacující. Spolupráce týmu a klienta vypadá následovně.⁹⁹

Klient se prvně setkává s koordinátorem týmu. Týmový koordinátor přiřadí případ jednomu z členů týmu, který s klientem provede prvotní posouzení jeho stavu. Posouzení se zaměřuje na bio-psycho-sociální a kulturní oblasti klienta. Výsledkem posouzení je identifikace potřeb a zjištění oblastí klientova života, se kterými se bude pracovat. Posouzení se vypracovává před společnou poradou celého týmu, kde je celý

⁹⁷ Srov. BENEŠOVÁ, V. *Stáž v Trieste ve dnech 9. – 11. 12 2013*. Archiv autora.

⁹⁸ Srov. *Mental Health Commission* [online]. [cit. 18. 2. 2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.mhcirl.ie/>>.

⁹⁹ Srov. *Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice*. In *Mental Health Commission* [online]. [cit. 18. 2. 2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.mhcirl.ie/File/discusspapmultiteam.pdf>>.

tým s případem seznámen. Pracovník, který s klientem prováděl posouzení a hodnocení potřeb, přednese týmu případ a po společné poradě je klientovi ustanoven klíčový pracovník. Ostatní pracovníci s ním také spolupracují a to tak, aby vyhovovaly potřebám klienta a mohli mu nabídnout své profesní dovednosti. Po objasnění klíčového pracovníka a dalších pracovníků, kteří se budou podílet na řešení případu klienta, se začne pracovat na plánu péče. V plánu péče jsou stanovené cíle a jednotliví odborníci, s nimiž klient bude spolupracovat. Tým odborníků spolu neustále komunikuje a domlouvá se na potřebných intervencích. Takto je zajištěna koordinace služeb a může být plněn stanovený plán péče s klientem.¹⁰⁰

Jak můžeme vidět, v zahraničí je velmi moderní model komunitních služeb, který funguje řadu let a ukazuje se jako efektivní. Psychiatrické léčebny jsou ještě důsledkem „starého“ režimu a překonaného mýtu, že duševně nemocní jsou nebezpeční a měli by proto být zavřeni za hradbami léčeben. V České republice se už také pohled na psychiatrickou péči mění. Dokazuje to velmi debatovaná transformace psychiatrické péče. Jak si ale představit takovou transformaci v českých podmínkách a co pod sebou skrývá tento pojem? V následující podkapitole si představíme ve zkratce transformaci psychiatrické péče, neboť pro práci multidisciplinárních týmů je jiný náhled na poskytování péče duševně nemocným klientům nezbytným.

2.4.5.3 Transformace psychiatrické péče v České Republice

V roce 2012 přišlo Ministerstvo zdravotnictví s tím, že by byla potřeba změny v oblasti poskytování péče duševně nemocným lidem. Stávající systém poskytování péče byl zastaralý a kvalita péče byla podprůměrná. Tento sektor nikdy nebyl zvlášť zajímavý a také byl velmi finančně špatně ohodnocený. Dodneška se projektují staré modely psychiatrických léčeben, ve kterých je poskytována nedostatečná péče a kvalita poskytovaných služeb. Ministerstvo zdravotnictví se o danou problematiku začalo více zajímat a vlivem možnosti čerpání financí z Evropských fondů došlo k tvorbě strategie, která měla za úkol vytvořit koncept, jak by transformace psychiatrické péče měla vypadat a jakým směrem by se měla ubírat. Pro tvorbu strategie byl vytvořen pracovní tým odborníků, kteří se v této oblasti pohybují a mají s ní co do činění. Byli zde zástupci ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, odborníci

¹⁰⁰ Srov. Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice. In *Mental Health Commission* [online]. [cit. 18. 2. 2014]. Dostupné na WWW: <<http://www.mhcirl.ie/File/discusspamultiteam.pdf>>.

z České psychiatrické společnosti, zástupci nestátních neziskových organizací, zdravotních pojišťoven, psychiatrických léčeben a mnoho dalších.¹⁰¹

Cíle transformace jsou definovány v dokumentu „Strategie reformy psychiatrické péče“, kterou vytvořili klíčoví aktéři jmenovaní výše. Jde především o to, aby byla zkvalitněna psychiatrická péče, omezena stigmatizace duševně nemocných, zvýšena spokojenost klientů, kteří využívají psychiatrickou péči. Dále se počítá se zvýšením efektivity péče, nezbytným provázáním zdravotních a sociálních služeb pro duševně nemocné, větším zapojením klientů do běžné společnosti a v neposlední řadě i podporou lidského přístupu ke klientům v celém psychiatrickém systému. Dokument strategie také hovoří o nedostacích, které má nynější podoba psychiatrické péče. Hovoří se zde o podfinancování, o velkém tlaku na ambulantní psychiatry, kteří mají mnoho pacientů a jsou nuceni ošetřovat neustále větší množství klientů, na které mají velmi málo času. Psychiatrické léčebny či nemocnice jsou nedostatečné, jak vybavením, tak kvalitou poskytovaných služeb, ale i nízkým počtem lůžek. Mají velké spádové oblasti a jsou nerovnoměrně rozprostřené v republice. Nestátní neziskové organizace jsou omezeny financováním z ministerstva práce a sociálních věcí a díky tomu nemohou rozšiřovat své služby. Provázání mezi zdravotnickou a sociální oblastí je také nedostatečné a proto je třeba, aby reforma tyto nedostatky změnila a byly poskytovány odpovídající komplexní služby pro lidi s duševním onemocněním. Velkou důležitost pracovní skupina také shledává v tom, že duševně nemocných klientů přibývá a to dokonce o 60%. Tento alarmující nárůst vede také k zamyšlení, jakým směrem transformaci směřovat a co vše je potřeba zajistit, aby v České republice byla poskytována komplexní péče. Transformace by měla probíhat vlivem čerpání financí ze strukturálních evropských fondů v letech 2014 až 2023. Přesto se nepočítá s tím, že by v těchto letech byla provedena kompletní reforma. Je to bohužel běh na dlouhou trať a teprve v praxi se ukáže, zda toto směřování psychiatrické péče je správné v našich českých podmínkách.¹⁰²

Avšak ve srovnání s reformou psychiatrie v Terstu, která trvala 8 let a kde došlo ke kompletní restrukturalizaci, je skoro úsměvné, že v České republice by toto možné

¹⁰¹ Srov. Pracovní skupina přípravy strategie. In *Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.reformapsychiatrie.cz/2012/11/27/pracovni-skupina/>>.

¹⁰² Srov. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategie psychiatrické péče* In *Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: MZČR, 2013 [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf>.

nebylo. Je třeba brát ale v potaz, že Terst je město, kdežto naše reforma se bude týkat celého státu.

Následující kroky povedou k zahájení transformace ve smyslu deinstitucionalizace psychiatrické péče. Počítá se s vytvořením Center duševního zdraví, která budou vedena jako nový pilíř psychiatrické péče s návazností na zajištění sociální oblasti klientů. Hovoří se také o rozšíření poskytovatelů péče, návazných služeb a zvýšení dostupnosti lůžkových zařízení. Dalším krokem bude zvýšení vzdělávacích programů, které povedou k destigmatizaci a zajištění edukace odborné i laické společnosti. Důležitým faktorem pro transformaci je zvýšení provázanosti sociálních a zdravotních složek péče, s čímž se také počítá. Důraz je kladen i na včasné detekování psychiatrických onemocnění a edukace pracovníků, kteří by projevy měli umět poznat a tudíž by bylo okamžitě reagováno na potřeby daných klientů. Z těchto tvrzení pozitivně vnímáme apel na práci multidisciplinárních týmů tak, aby byla zajištěna komplexní péče. Je tedy třeba podpořit vzájemnou spolupráci jednotlivých profesí, které s duševně nemocnými pracují. Mělo by také dojít k omezení lůžkových míst a přesunu těžiště z institucionálního prostředí do komunitních služeb a zajištění tak i humánnějšího přístupu ke klientům.¹⁰³

Transformace staví na čtyřech pilířích, kterými jsou – psychiatrické léčebny, centra duševního zdraví, ambulance a psychiatrická oddělení nemocnic. Strategie tyto pilíře blíže rozpracovává a navrhuje jednotlivá opatření, která je třeba v rámci transformace provést. Pracovní skupina se vyjadřuje v rámci pilířů k organizačním záležitostem, k financování, legislativě a edukaci. Transformace je také rozdělena do několika fází, kterými musí během devíti let projít.¹⁰⁴

Z výše popsaného je patrné, že transformace psychiatrické péče je složitý strategický proces, který by měl vést k deinstitucionalizaci a zkvalitnění poskytované péče prostřednictvím komunitních služeb. Ač je nynější psychiatrická péče poskytována v České republice nedostatečně, obáváme se, zda společnost, odborníci a nakonec i samotní klienti jsou připraveni na takto velkou změnu. Z naší praxe s duševně nemocnými klienty slýcháme, že pracovníci i klienti prahnou po takovéto změně, avšak

¹⁰³ Srov. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Strategie psychiatrické péče. In *Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: MZČR, 2013 [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf>.

¹⁰⁴ Srov. tamtéž.

mají z ní velké obavy a cítí nedůvěru a nejistotu k překládanému konceptu transformace.

V této druhé kapitole diplomové práce jsme se zabývali multidisciplinárním přístupem ke klientům se schizofrenií. Definovali jsme jednotlivé přístupy péče, ve kterých multitým má své místo a ve kterých působí. Řada přišla i na bližší popis konkrétních aktérů týmu a jejich vzájemnou spolupráci. Poskytli jsme také náhled na práci multitýmu v českém i zahraničním prostředí a na výše uvedených odstavcích jsme se pokusili o vhled do problematiky transformace psychiatrické péče. Téma multidisciplinárního přístupu je obsáhlé a zahrnuje i mnoho etických témat či problémů. Tato témata budou prezentována v následující kapitole, kde se pokusíme o jejich nastínění.

3 Etické aspekty práce multidisciplinárního týmu

V této kapitole se budeme snažit poukázat na etické aspekty práce multidisciplinárního týmu, který pracuje se schizofreniky. V předchozích kapitolách jsme mluvili o potřebných informacích ohledně multidisciplinárního týmu a nyní se budeme věnovat etické oblasti práce týmu.

Rádi bychom nejprve mluvili o zásadních etických pojmech, které budeme dále v této kapitole používat. Následně bychom hovořili o etických základech daných profesí, které jsou v multidisciplinárním týmu zastoupeny a také o etických problémech, které z činnosti profesionálů vyplývají, či o etických problémech celého týmu.

3.1 Základní terminologie

Shledáváme za důležité, abychom nejprve hovořili o jednotlivých etických pojmech, které budou pro tuto kapitolu zásadní. Nyní se tedy pokusíme objasnit pojmy jako je etika, morálka, etický kodex, profesní etika a další.

Když se nyní budeme zabývat etickými aspekty, je důležité, abychom měli vůbec povědomí o tom, co to je etika. Etika je praktická věda, která se zabývá mravním jednáním člověka v kontextu společenství, světa. Předmětem etiky je morálka. Etika je rozsáhlou disciplínou, neboť mravní jednání zasahuje do všech oblastí lidského života. Proto můžeme nalézt několik oblastí etik – autonomní, heteronomní, individuální, sociální, bioetiku, ekologickou etiku, geoetiku, profesní etiku a další.¹⁰⁵

Jak již bylo řečeno, etika se zabývá morálkou. „*Morálka je soubor uznávaných mravních norem vyplývajících z určitého chápání mravních hodnot, z jejich povahy a hierarchie.*“¹⁰⁶ Můžeme tedy říci, že prostřednictvím morálky hodnotíme dané jednání jako správné či nesprávné v kontextu schopnosti poznání dobra a zla. Morálka je utvářena jak individuálně, tak sociálně, což znamená, že se proměňuje vlivem kulturním a dějinným.¹⁰⁷ Etiku a morálku nelze oddělit¹⁰⁸, nýbrž jdou ruku v ruce a jejich samostatné definování volíme proto, aby byly pojmy lépe pochopené.

Pro následující kapitoly bude stěžejní profesní etika. Profese neboli povolání či odbornost je výkon určitých dovedností a kompetencí v jednotlivé oblasti. Pro naše

¹⁰⁵ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 21-23.

¹⁰⁶ tamtéž, s. 24.

¹⁰⁷ Srov. NEČASOVÁ, M. Profesní etika. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 21-22.

¹⁰⁸ Srov. THOMPSON, M. *Přehled etiky*, s. 42.

téma je stěžejní oblast psychiatrie, psychologie a sociální práce. Profese může být také charakterizována určitými znaky. Pro výkon profese je důležité, aby byl daný profesionál školen v systematickém vzdělání, aby měl určitý souhrn vědomostí, aby profese měla svou formální organizaci, dále také je nutná regulace členů profese a velice důležitým znakem je, aby profese měla svůj etický kodex.¹⁰⁹ Profesní etika tedy reflektuje normy a jednání z hlediska morálky v rámci odborné profese.¹¹⁰

Etický kodex vychází z etiky povinnosti, kterou se zabýval Immanuel Kant. Formuloval kategorický imperativ, ve kterém dává důraz na to, aby zásady mravního jednání člověka mohly sloužit jako obecné normy pro všechny. Kant také hovoří o tom, aby člověk nebyl sám o sobě pouze prostředek k dosažení cíle, nýbrž jako cíl samotný. Zásady, které jsou formulované v etických kodexech, slouží k tomu, aby nebyla klientům upírána osobní svoboda, aby byla respektována hodnota a důstojnost každého klienta jako lidské osoby, aby se podporovala sociální spravedlnost a celistvost profese. Etický kodex každé profese popisuje povinnosti profesionálů vůči klientům, hovoří o profesní odpovědnosti, o regulaci profesního chování a dalších.¹¹¹

Jestliže etika se promítá do oblastí psychologie, psychiatrie a sociální práce v kontextu práce multidisciplinárního týmu, je jisté, že z praktického pohledu se v těchto oblastech vyskytují etické problémy či dilemata. Etické problémy se objevují tam, kde je jasné, jak by se sociální pracovník měl rozhodnout, ale toto rozhodnutí je v rozporu s jeho přesvědčením. Kdežto etické dilema vzniká v momentě, kdy pracovník stojí před rozhodnutím, taktéž se musí rozhodnout pro jednu variantu, avšak obě varianty rozhodnutí jsou nevhodné.¹¹²

Etická reflexe jednání profesionálů je nezbytná pro výkon kvalitní a profesionální práce. Je však zřejmé, že pracovníci, kteří jsou v přímé péči s klienty, by měli bezprostředně dbát na etický kodex profese či svého zařízení, ve kterém jsou zaměstnáni. K tomu, abychom lépe pochopili etické aspekty při práci multidisciplinárního týmu s klienty se schizofrenií, spatřujeme jako stěžejní, abychom prozkoumali etické kodexy jednotlivých profesí. Nejprve se tedy blíže podíváme a představíme etický kodex lékaře, psychiatra.

¹⁰⁹ Srov. LINDSAY, G.; KOENE, C. a kol. *Etika pro evropské psychology*, s. 22.

¹¹⁰ Srov. NEČASOVÁ, M. Profesní etika. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 22.

¹¹¹ Srov. HRONOVÁ, M. Etika v sociální práci. In MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 83.

¹¹² Srov. NEČASOVÁ, M. Profesní etika. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 24.

3.2 Etický kodex lékaře – psychiatra

Etický kodex lékaře v České republice vešel v platnost v roce 1996. Vyдалa ho Česká lékařská komora a má pět částí. Je shodný pro všechny lékaře bez ohledu na profesní zaměření ve zdravotnictví. Tudíž zde uvádíme tento etický kodex v rámci výkonu profese psychiatra v multidisciplinárním týmu.

V první části kodexu se hovoří o obecných zásadách. To znamená, že lékař je povinen pečovat o zdraví jedince, chránit jeho život a mírnit jeho utrpení vyplývající z nemoci. To vše provádí v závislosti na lidskosti a úctě k lidské osobě, která má svou lidskou důstojnost a tu je potřeba zachovávat. Lékař by měl být odpovědný a nezávislý a znát příslušné zákony či předpisy pro výkon svého povolání. Pokud jsou však v rozporu s lékařskou etikou nebo porušují lidská práva, na svou zodpovědnost je lékař nemusí dodržovat. Platí také svobodná volba jednotlivce, kterého lékaře bude navštěvovat.¹¹³

Druhá část kodexu se vztahuje k výkonu povolání lékaře. Zahrnuje jednotlivé úkony, které by lékař měl provádět. Tato část velmi často hovoří o lékařově zodpovědnosti a svědomí, neboť sám svobodně volí a vykonává léčebné úkony, které uzná za vhodné vůči zdravotnímu stavu klienta. Lékař má také právo odmítnout péči o klienta, pokud je pracovně vyčerpán nebo k tomu má odborné důvody či shledá, že navázaný vztah mezi ním a klientem není důvěryhodný. Doktor by také neměl předepisovat žádné léky, které jsou komerční a poskytují mu výhody nebo ty, které jsou návykové nebo dopingového charakteru a nejsou určeny pouze k léčbě. V této části kodexu je také stanoveno, že lékař zachovává lékařské tajemství, odborně se vzdělává a vede dokumentaci. Pokud používá nové léčebné metody, měl by klient být řádně vyšetřen, pod neustálým dohledem a nové metody by klienta neměly jakkoliv poškozovat.¹¹⁴

Vztah lékaře a nemocného upravuje třetí pasáž etického kodexu. Zde je uvedeno, jak by lékař měl přistupovat k nemocnému. Měl by se chovat k nemocnému jako k rovnocennému partnerovi, který má svá práva a povinnosti, tudíž by se nad ním neměl povyšovat. Lékař by měl zachovávat zásady slušného chování a přistupovat ke klientovi s pochopením, trpělivostí a korektním jednáním. Hrubé a nemravné jednání

¹¹³ Srov. Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory. Etický kodex české lékařské komory. In *Česká lékařská komora* [online]. © 2011 [cit. 27. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf>.

¹¹⁴ Srov. tamtéž.

s nemocným je vyloučeno. Lékař má díky své profesi určitou moc, kterou by neměl zneužít a využít důvěru či závislost klienta. Úkolem lékaře je také vhodné sdělení diagnózy a potřebných informací klientovi či jeho rodině.¹¹⁵

Čtvrtá a pátá část kodexu upravuje vztahy mezi lékaři, lékařem a nelékařem. Spolupráce lékařů by měla probíhat čestně, slušně, měli by se vzájemně respektovat a akceptovat odlišné názory. Není dovoleno, aby lékaři si vzájemně podráždili svou práci a nevhodnými výrazy komentovali svou činnost. Je zde také uvedeno, aby lékaři, kteří pracují s jedním klientem, spolu vzájemně komunikovali a spolupracovali. Pokud lékař uzná za vhodné, může svolat konzilium nad daným případem klienta. Vztahy lékaře a nelékaře jsou upraveny tak, že lékař spolupracuje s vyškolenými zdravotníky, ale neléčí s osobou, která nemá co dočinění se zdravotnictvím.¹¹⁶

Z výše uvedeného je patrné, že etický kodex lékaře – psychiatra, naráží na podstatné etické pojmy. Hovoří o lidské důstojnosti, odpovědnosti, svědomí. Zásadními pasážemi z hlediska etiky jsou obecné zásady kodexu, výkon povolání lékaře a úprava vztahu mezi lékařem a nemocným.¹¹⁷ Zde shledáváme z pohledu praxe rozpory a etické problémy či dilemata.

Jako podstatné v řešení etických dilemat nebo problémů v psychiatrii, kde lékař pracuje se schizofreniky, vidíme především psychiatrův světonázor, pohled na člověka, jeho hodnotové ukotvení a další. Všechny tyto osobnostní ukazatele lékaře se mohou překrývat s názory ostatních odborníků nebo se dokonce diametrálně lišit. Zdravotnictví řeší především biologickou složku člověka a ostatní složky člověka (psychologickou, sociální, spirituální) přenechává dalším oblastem – především psychologii, psychoterapii nebo sociální práci. V multidisciplinárním přístupu ke klientům se schizofrenií je však důležité, aby odborníci společně pracovali na všech složkách klienta, a i když mají jiné náhledy na člověka, je nutné, aby našli vždy společnou řeč a především řešení klientovy situace.

Následující podkapitola bude hovořit o tom, s jakými problematickými etickými oblastmi se setkává psychiatr ve své praxi, a které jsou důležité pro práci multidisciplinárního týmu s lidmi se schizofrenií.

¹¹⁵ Srov. Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory. Etický kodex české lékařské komory. In *Česká lékařská komora* [online]. © 2011 [cit. 27. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf>.

¹¹⁶ Srov. tamtéž.

¹¹⁷ Srov. SEMRÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky*, s. 33.

3.2.1 Eticky problémové oblasti profese psychiatra

Jednou z nejproblematictějších oblastí psychiatrie v kontextu práce se schizofreniky je umístění do psychiatrické léčebny – nařízení hospitalizace.¹¹⁸ Když jsme hovořili o projevech schizofrenie, věnovali jsme se podstatným prvkům, jako jsou bludy a halucinace. Klient si tedy může myslet, že všichni se proti němu spikli a on vlastně nemocný vůbec není. Je potom velmi těžké, aby klient pochopil, že takto se projevuje jeho nemoc a není to proti němu žádné spiknutí. Poté psychiatr stojí před velmi těžkým etickým rozhodnutím, zda klienta hospitalizovat nedobrovolně a částečně ho omezit na jeho osobních právech či nikoliv a nechat klienta bez hospitalizace. Důvody k nařízené hospitalizaci psychiatrem jsou dané v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, tudíž je zde zabráněno tomu, aby si psychiatr mohl pouze na základě vlastních domněnek rozhodnout o tom, zda klient bude hospitalizován či nikoliv. Avšak proč je tak rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci klienta pro psychiatra náročným etickým rozhodnutím? Jedná se zejména o to, že klient je díky svému zdravotnímu stavu, který nedokáže sám reflektovat, omezen na své svobodě a vůli se rozhodnout, zda hospitalizaci přijme, či nikoliv. Ač je i schizofrenní klient člověk se svými nezcizitelnými lidskými právy, v době své ataky není schopen rozeznat, co je pro něj správné. Rozhoduje tedy za něj lékař, a tudíž je klientovi upřeno právo na spolurozhodování, čímž je potlačena jeho lidská důstojnost a autonomie.¹¹⁹ Rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci může také souviset se svědomím psychiatra, zda zasáhl už v okamžiku, kdy to bylo nezbytné nebo měl nějakou dobu ještě počkat a zkusit s klientem pracovat na jiné léčbě. Psychiatr díky svému svědomí může zreflektovat, zda jeho chování a jednání bylo v souladu s jeho zvnitřněnými normami či nikoliv a zda rozhodnutí mělo morální hodnotu či nikoliv.¹²⁰

Další eticky problémovou oblastí v kontextu našeho tématu je takzvaný značkovací proces neboli stanovení diagnózy a nálepkování schizofrenního klienta. Tím, že psychiatr klientovi po vyšetření diagnostikuje duševní onemocnění pod označením F20., může dojít k automatickému stigmatizování nemocného. S tím také souvisí rovina psychiatrova, a sice že když psychiatr odhalí duševní nemoc klienta, může ze své

¹¹⁸ Srov. LAJKEP, T. Psychiatrie a etika. In *Zdravotnictví a medicína* [online]. 31. 1. 2003, ©2014 [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/psychiatrie-a-etika-151365>>.

¹¹⁹ Srov. HENRIKSEN, J.-O.; VETLESEN, A. J. *Blízké a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi*, s. 127.

¹²⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 32.

profesní identity pociťovat moc a projevovat tuto převahu v komunikaci s klientem.¹²¹ V přehledu etického kodexu lékaře je výše uvedeno, že takové chování je nepřijatelné a lékař by se nikdy neměl nad svého klienta povyšovat. Vždyť každý člověk je „jedinečnou, neopakovatelnou a nezaměnitelnou osobou.“¹²² V praxi bohužel často vidíme porušování etického kodexu, kdy psychiatr zneužívá své moci vůči pacientovi a především uspokojuje své zájmy na úkor zájmů klienta. S klientem jedná jako s někým podřadným, vystupuje z pozice moci a odbornosti nevhodným způsobem či klienta, kterému se zhoršil zdravotní stav, z nevysvětlitelného důvodu odmítne.

Lékařské tajemství může být, podle Lajkepa, také jako jedna problematická oblast z hlediska etiky.¹²³ Lékařské tajemství je právně upraveno v zákoně č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Ač je v zákoně tajemství upraveno a psychiatr tento požadavek musí respektovat a podle něho se řídit, je individuální záležitostí, zda bude v rozporu s jeho svědomím či nikoliv. Psychiatr má také své jasně stanovené hodnoty a mravní přesvědčení, které mohou být v rozporu s profesní identitou lékaře. Proto v této souvislosti hovoříme o eticky problémové oblasti práce psychiatra.

S výše nastíněným etickým problémem moci psychiatra vůči klientovi úzce souvisí i uznání jeho autonomie. Psychiatr by klienta měl přijímat ve své celistvosti a tudíž také uznávat jeho autonomii, i když je třeba právně zbaven svéprávnosti a je závislý na péči druhých. Pokud psychiatr toto nesvede nebo zápasí s přijetím autonomie klienta, je to známka toho, že klientovi zraňuje jeho lidskou důstojnost.¹²⁴ Naopak psychiatr by autonomii klienta měl ještě podporovat a společně s týmem rozvíjet.

Další eticky problematické oblasti popisuje ve svém článku Lajkep či publikace lékařské etiky. My se však podíváme ještě na etiku v kontextu etického kodexu a ve srovnání s praktickými poznatky v rámci naší praxe.

V etickém kodexu je zapsán nezávislý vztah psychiatra, který by neměl předepisovat léky komerční. Toto tvrzení je velmi ideální, ale zároveň i naivní. Propagování a předepisování pouze některých psychofarmak se děje i v psychiatrii, což je v rozporu s kodexem a někdy možná i se svědomím lékaře. Psychiatr tedy klientovi

¹²¹ Srov. HENRIKSEN, J.-O.; VETLESEN, A. J. *Blízke a vzdálené. Etické teorie a princípy práce s lidmi*, s. 84-85.

¹²² *Život z víry – překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé = Leben aus dem Glauben: katholischer Erwachsen - Katechismus*, s. 16.

¹²³ Srov. LAJKEP, T. Psychiatrie a etika. In *Zdravotnictví a medicína* [online]. 31. 1. 2003, ©2014 [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/psychiatrie-a-etika-151365>>.

¹²⁴ Srov. HENRIKSEN, J.-O.; VETLESEN, A. J. *Blízke a vzdálené. Etické teorie a princípy práce s lidmi*, s. 84-26-27.

předepíše psychofarmaka, která vyrábí společnost, se kterou lékař spolupracuje. Někdy klientovi ani nemusí tolik pomáhat a běžná praxe ukazuje, že klienti se poté sami musí přihlásit o jiný druh léčiv, neboť tyto jim nevyhovují. Už to je známka toho, že pokud by psychiatr doporučoval a předepisoval nezávisle na vzájemné spolupráci s farmaceutickými společnostmi jiná léčiva, mohl by se klientovi ušetřit čas při zkoušení vhodné léčby. Vysazování či změna léků na vhodnější, je pro schizofrenní klienty stresujícím faktorem, neboť nájezd nových prášků trvá bezmála i 6 týdnů. S tímto problémem také souvisí používání nových metod lékařů. Někteří psychiatři umožňují klientům vstoupení do výzkumného projektu, kde budou testovat nová psychofarmaka a dostanou za to peníze. Tato nabídka je pro klienty velmi atraktivní, neboť většinou bojují se svým finančním zabezpečením, ale už málokdy jim psychiatři sdělí, co vše taková studie obnáší. S vidinou finančního obnosu podepíší smlouvu a zahájí studii. Několikrát se nám v praxi ukázalo, že studie zanechala na schizofrenních klientech takové neblahé známky, že byli svými stavy donuceni k hospitalizaci. Je tedy mravně ospravedlnitelné, aby psychiatr nabízel svým klientům vstoupení do studie, když už dopředu ví, jaké následky to na nich může zanechat?

Etický kodex lékařů se také vyjadřuje ke vztahu lékaře a klienta tak, jak jsme uvedli výše. Ne vždy je však vztah lékaře a klienta v souladu s etickým kodexem. Toto můžeme uvést na ilustrativním příkladu, kdy lékař se ke klientovi chová jako k člověku méněcennému vlivem jeho duševního onemocnění. Toto jednání je v přímém rozporu s kodexem, neboť lékař s klientem nejedná na úrovni rovnocenného vztahu.

Etické problémy v psychiatrickém prostředí jsou značné. Není však vyloučeno, že s plánovanou reformou přijdou další etické otázky, se kterými budou psychiatři konfrontováni. Je ale zřejmé, že v psychiatrickém prostředí – zvláště v psychiatrických léčebnách – často docházelo a někde ještě dochází k potlačování či porušování práv klientů. Transformace počítá s odstraněním těchto neduhů a s dodržováním všech základních lidských práv i práv klientů či pacientů, tak jak je o této věci pojednáno výše. Shledáváme za důležité, abychom ještě připomněli, že ač se zde kriticky vyjadřujeme k hodnocení našich praktických zkušeností a etického kodexu lékaře, je víceméně jasné, že nelze z našich tvrzení vyvozovat dogma, které říká, že takto to v praxi chodí. Pouze se snažíme porovnat teoretické poznatky s praktickými.

Než přistoupíme k další podkapitole, která bude pojednávat o etickém kodexu zdravotní sestry, je třeba ještě zmínit to, že etické problémy či dilemata, která psychiatr řeší, mohou být různá vzhledem k pracovišti, kde vykonává svou osobní praxi. Trochu

odlišné etické aspekty při své práci uvidíme u psychiatra ambulantního a jiné u psychiatra, který pracuje v psychiatrické léčebně. Výše jsou však nastíněné oblasti, které jsou psychiatrům na různých pracovištích shodné.

Nyní poukážeme na další etické zakotvení profese, která se vyskytuje v multidisciplinárním týmu, pracujícím se schizofrenními klienty. Jedná se o psychiatrickou sestru.

3.3 Etický kodex zdravotní sestry

Etický kodex zdravotní sestry vypracovala Mezinárodní rada sester a v České republice byl připravován Českou asociací sester. Vyšel v platnost v únoru roku 2012. Má čtyři části, kde jsou popsány základní normy etického chování.¹²⁵ Ač v multidisciplinárním týmu by nejlépe měla pracovat psychiatrická sestra, ve většině případů se spolupracuje se zdravotní sestrou, proto zde i uvádíme etický kodex zdravotních sester, který je však pro všechny sestry závazný, tudíž i pro sestru psychiatrickou.

První část kodexu upravuje vztah mezi sestrou a ostatními lidmi. Hovoří se zde o tom, že poskytuje ošetrovatelskou péči lidem, ke kterým má tuto profesní povinnost. Při poskytování péče dbá na zachování a respektování lidských práv, hodnot, zvyků a náboženského vyznání. Také poskytuje potřebné informace o zdravotním stavu klienta a následující péči, ke které je potřebný klientův souhlas. Sestra také dodržuje stejně jako ostatní zdravotnický personál mlčenlivost. Je však na jejím uvážení, zda informace, které spadají do mlčenlivosti, bude dle důležitosti sdílet dál. Zdravotní sestra ve spolupráci se společností zahajuje či podporuje aktivity pro ohrožené klienty a snaží se uspokojit jejich sociální a zdravotní potřeby. Zde je také uvedeno, že sestra se svým chováním přičiňuje k zachování životního prostředí.¹²⁶

Druhou oblastí, kterou etický kodex rozpracovává je vztah zdravotní sestry a její praxe. Výkon praxe sestry je na její osobní odpovědnost. Zdravotní sestra by si měla udržovat a zkvalitňovat své znalosti a dovednosti, především v oblasti vzdělávání. Měla by se starat o svůj zdravotní stav, aby mohla vykonávat potřebnou zdravotní péči klientům. Pokud sama přijímá či dalšího zdravotníka pověřuje určitými povinnostmi, je potřeba, aby sama individuálně zhodnotila dovednosti a znalosti své či druhého.

¹²⁵ Srov. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. In *Česká asociace sester* [online]. © 2008 ČAS, [cit. 1. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf>.

¹²⁶ Srov. tamtéž.

Snaží se udržovat dobrou pověst své profese a zvyšovat důvěru klientů a to především tím, že za všech okolností jedná v rámci pravidel slušného chování. Zdravotní sestra také dbá na to, aby používání nových metod či využívání vědeckého pokroku bylo ve shodě s dodržováním bezpečnosti, důstojnosti a právy klientů.¹²⁷

Třetí a čtvrtá část kodexu je věnována profesi zdravotní sestry a vzájemného vztahu sestry a spolupracovníků. Výkon profese zdravotní sestry má zásadní úlohu při vytváření standardů, řízení, výzkumu či vzdělávání. Rozvíjí vědecké znalosti oboru a podílí se na utváření či zachování sociálních a ekonomických pracovních podmínek. Zdravotní sestra se podílí na spolupráci s kolegy jak ve svém oboru, tak i z jiných oborů. Při ohrožení zdraví druhého či druhých ze strany spolupracovníka zdravotní sestry či jiné osoby, je nutné, aby sestra zvolila žádoucí postup na jejich ochranu.¹²⁸

V krátkosti jsme uvedli náležitosti, kterými se zabývá etický kodex zdravotních sester. Nyní se budeme zabývat eticky problémovými oblastmi, které z práce zdravotní sestry vyplývají a k naší další části budou potřebné.

3.3.1 Eticky problémové oblasti profese zdravotní sestry

K tomu, abychom se podívali na eticky problémové oblasti profese zdravotní sestry z hlediska práce se schizofrenním klientem, je nutné podotknout, že tyto oblasti vyplývají především z dvou stránek práce sester. Zdravotní sestra pracuje s klientem v rámci společného procesu a druhá strana profese ukazuje na mezilidský vztah sestry a klienta.¹²⁹ Tyto dvě strany profese můžeme vidět v tom, že zdravotní (či psychiatrická) sestra spolupracuje s klientem dlouhou dobu, už jen z toho důvodu, že schizofrenní klient musí pravidelně navštěvovat psychiatrickou ambulanci, kde je v kontaktu se sestrou. Společně tudíž prochází pracovním procesem a ještě si vytvoří vzájemný vztah, který by měl být založený na důvěře. S těmito oblastmi profese zdravotní sestry souvisí etické otázky, se kterými je konfrontována.

Jak můžeme vidět výše, při rozpracování obsahu etického kodexu sestry, je zřejmé, že je pojat v obecnější rovině a vyjadřuje se i k oblastem, které etiku přesahují. Máme na mysli především podporování, obnovování, udržování zdraví, předcházení nemocem a další. Kodex však víceméně přímo či nepřímo hovoří také o respektu k lidskému

¹²⁷ Srov. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. In *Česká asociace sester* [online]. © 2008 ČAS, [cit. 1. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf>.

¹²⁸ Srov. tamtéž.

¹²⁹ Srov. NEMČEKOVÁ, M. a kol. *Etika v ošetrovatel'stve*, s. 47-48.

životu, autonomii člověka, k výkonu dobra, zachovávání mlčenlivosti.¹³⁰ V zachovávání těchto instancí se shoduje etický kodex sester s kodexem lékaře.

Eticky problémové oblasti ve výkonu profese zdravotní sestry souvisí především s konflikty. Zdravotní sestra může pociťovat rozpor mezi vlastní profesní úlohou a osobními hodnotami, které vyznává. Tento střet mezi vlastními hodnotami a identitou profese spatřujeme také u lékaře – psychiatra. Zdravotní sestra také může vnímat jako eticky problémové řešení situace, kdy se rozhodnutí sestry neshoduje s představami klienta či jeho rodiny. Zdravotní sestra se v takové situaci musí řídit jak etickým kodexem profese, pracoviště, tak i vlastním mravním přesvědčením. Rozpor z hlediska etiky může sestra spatřovat mezi svými kolegy či zaměstnavatelem. Neméně důležité a eticky problematické jsou i rozpory v zodpovědnosti zdravotní sestry.¹³¹

V dodržování etického kodexu sester shledáváme za podstatné, zda zdravotní sestra přistupuje ke klientovi s vlídností, respektem a má pro výkon profese osobní předpoklady. Jelikož se jedná o pracovní pozici, která spadá do pomáhajících profesí a tudíž je jedna z těch psychicky náročnějších, je důležité, aby sestra ve svém povolání a poskytování péče viděla nejen smysl, ale i poslání. Jen tak může dle našeho názoru být poskytována kvalitní zdravotní péče klientům a zdravotní sestra nejen díky tomu může předejít zautomatizování přístupu ke klientům. Rozdíl spatřujeme také u zdravotní sestry, která poskytuje péči v psychiatrické ambulanci či v psychiatrické léčebně/nemocnici. Z našich praktických zkušeností nespátřujeme v dodržování etického kodexu sester zásadní problémy. Velkou důležitost však přikládáme samotné osobnosti sestry, která je v kontaktu s klientem.

Další profesní složkou multidisciplinárního týmu je psycholog. I u něj se dále budeme zabývat etickým kodexem a eticky problémovými oblastmi, které z jeho profesní činnosti vyplývají.

3.4 Etický kodex klinického psychologa

Etický kodex klinického psychologa vydala v roce 1998 Asociace klinických psychologů. Slouží k ochraně klienta, k řešení etických otázek vzniklých ze vztahu klienta a psychologa či jiného pracovníka. Tento kodex je závazný pro všechny členy

¹³⁰ Srov. NEMČEKOVÁ, M. a kol. *Etika v ošetrovatel'stve*, s. 48.

¹³¹ Srov. tamtéž, s. 50.

asociace. Skládá se z čtyř částí, které se konkrétně vyjadřují k profesi klinického psychologa z pozice etiky.¹³²

V první části kodexu jsou formulované obecné zásady výkonu povolání. Klinický psycholog je povinen starat se o duševní zdraví klienta. Musí respektovat jeho lidskou důstojnost, jedinečnost, zachovávat k němu úctu, lidský přístup a vyvarovat se jakékoliv diskriminace. Nesmí se podílet na aktivitách, které by byly s tímto v rozporu. Psycholog musí znát pro výkon svého povolání všechny potřebné zákony a předpisy a jednat v souladu s nimi.¹³³

Výkon povolání klinického psychologa zajišťuje druhá část kodexu. Psycholog volí a provádí ty nejvhodnější psychologické postupy s ohledem na klienta. Neměl by klientovi doporučovat či sám provádět zákroky ze zjištěných důvodů. Psycholog může z odborných, pracovních či osobních důvodů odmítnout klienta, ale musí mu doporučit jinou péči. Profese psychologa také podléhá mlčenlivosti. Psycholog je povinen zachovávat mlčenlivost o případu klienta a to i po jeho smrti. Výjimku tvoří prohlášení klienta či jeho zákonného zástupce, ale přesto psycholog sám zvažuje, zda mlčenlivost nezachovat v souvislosti se zájmy klienta. Klinický psycholog je povinen se po dobu své praxe neustále vzdělávat a zajišťovat tak kvalitní profesionální psychologickou práci. Také vede svou dokumentaci, kterou pečlivě uchovává. Jelikož psycholog používá psychodiagnostické metody, je povinen již používat odpovědně a přiměřeně, musí zabránit jejich zneužití či zveřejnění. Klinický psycholog také vyhotovuje potřebné zprávy či posudky, tudíž musí odpovídat skutečnosti. Je potřebné, aby si psycholog byl vědom svých profesních hranic a kompetencí. Pokud dojde ke konfliktu zájmů, je přednější zachovat zájmy klienta. Jestliže je psycholog zaměstnán na určitém pracovišti, je neetické, aby si ze svých klientů tvořil klientelu pro soukromou praxi. Finanční zisk za odvedenou práci nesmí být hlavním a rozhodujícím faktorem, nýbrž zachování lidských a odborných ohledů. Psycholog by se také měl vyvarovat jakýchkoliv aktivit, které jsou nedůstojné a jsou v rozporu s výkonem profese.¹³⁴

Třetí část kodexu je věnována vztahu psychologa a klienta. Psycholog vykonává svou profesi svědomitě a zodpovědně. Snaží se jednat vždy v rámci nejlepšího prospěchu klienta a v souladu se svým plným vědomím a svědomím. Ke klientovi přistupuje jako k rovnocennému partnerovi, který má práva a povinnosti a zároveň

¹³² Srov. Etický kodex Asociace klinických psychologů. In WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*, s. 329.

¹³³ Srov. tamtéž.

¹³⁴ Srov. tamtéž, s. 329-330.

je zodpovědný za své zdraví. Psycholog je povinný klientovi či jeho zákonnému zástupci sdělit diagnostikovaný problém a informovat o následné péči. Pokud se jedná o problémy nepříznivé povahy, záleží na psychologovi a zvláště na jeho svědomí, zda to sdělí neprodleně či tyto informace pozdrží. Důvěra a závislost klienta nesmí být psychologem nikdy zneužita.¹³⁵

Poslední část kodexu se vyjadřuje ke vztahům mezi klinickým psychologem a jinými profesionály. Klinický psycholog spolupracuje s psychology či jinými odborníky, kteří pracují se společným klientem. Pokud klienta předává jinému psychologovi, tak s jeho souhlasem může být psycholog informován o dosavadním průběhu péče ze strany stávajícího psychologa. Psycholog svou práci vykonává osobně nebo může být na určitou dobu zastoupen stejně kvalifikovaným psychologem. Klinický psycholog spolupracuje s odborníky z různých profesí a respektuje jejich kompetence a blíže se seznamuje s jejich profesními postupy.¹³⁶

Je zřejmé, že etický kodex klinického pracovníka je rozsáhlý a věnuje se podrobně etickým souvislostem. Ze zatím uvedených tří etických kodexů je tento věnovaný psychologovi nejobsáhlejší. Nyní se tedy podíváme na rozbor eticky problémových oblastí ve výkonu profese klinického psychologa.

3.4.1 Eticky problematické oblasti profese klinického psychologa

Klinický psycholog provádí s klientem psychodiagnostiku, jak jsme již popsali v druhé kapitole této diplomové práce. Významnou oblastí z hlediska etiky je etické rozhodování psychologa a průběh tohoto rozhodování. Etické rozhodování psychologa ovlivňují „*osobní hodnoty, etické principy vyššího řádu, etické kodexy a etické zásady dané zákonem. Etické principy vyššího řádu vycházejí z prací filosofů, odborníků v oblasti biomedicínské etiky a také psychologů. Patří sem princip autonomie klienta – respektování jeho osobních práv a důstojnosti, princip konání dobra pro druhé, dále požadavek neuškodit klientovi (primum non nocere) a konečně princip důvěry a spravedlnosti*“¹³⁷ Pokud se psycholog v rámci etických problémů ve své praxi řídí těmito principy, je pro něj snazší eticky se rozhodovat a jednat.¹³⁸

¹³⁵ Srov. Etický kodex Asociace klinických psychologů. In WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*, s. 330-331.

¹³⁶ Srov. tamtéž, s. 331.

¹³⁷ SVOBODA, M.; KLIMUSOVÁ, H. Etické aspekty psychodiagnostické činnosti. In WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*, s. 163.

¹³⁸ Srov. tamtéž.

Již v prvním odstavci kodexu se píše o zachování lidskosti, úcty, důstojnosti a jedinečnosti každého člověka. Zachování a podporování těchto instancí vychází z křesťanského předpokladu, že člověk je obrazem Božím, autonomní, výjimečnou osobností, které je připisována nezcizitelná důstojnost z podstaty lidského bytí.¹³⁹ Je však jasné, že dodržování těchto zásad nemá být směřováno pouze k výkonu profese klinického psychologa, nýbrž všech profesí zastoupených v multidisciplinárním týmu a v jádru i všech lidí vzájemně.

Získávání citlivých údajů pro psychologickou diagnostiku se má dít pouze v nezbytně nutné míře a neetické je, aby se psycholog vyptával na údaje, které bezprostředně nesouvisí s vyšetřením či profesním vztahem. S tím souvisí i zachovávání mlčenlivosti či souhlas klienta s podáváním informací třetím osobám. Toto funguje i v multitýmu, kdy klient je seznámen se skutečností, že multidisciplinární tým si vzájemně vyměňuje nezbytně důležité informace o klientově zdravotním, psychickém i sociálním stavu. Mlčenlivost psycholog nemusí dodržovat, pokud se jedná o ohrožení klientova života, zdraví či pokud je vypovídání psychologa nutné pro rozhodnutí soudu.¹⁴⁰ Morálně těžké rozhodnutí klinického psychologa může také spočívat v sepsání diagnostické zprávy ve věci soudního řízení o omezení svéprávnosti. Klinický psycholog v jednání o této věci vidí klienta poprvé a naposledy při diagnostice. Pokládáme si proto otázku, zda je relevantní rozhodnutí psychologa, který s klientem nikdy nespolupracoval a nyní má zčásti osud jeho života ve svých rukou? Můžeme to také nazvat jako konflikt zájmů, neboť diagnostika v této věci je většinou prováděna na základě rozhodnutí soudu. Pro psychologa může být tudíž matoucí, kdo je klientem. Zda soud, který si vyžádal toto psychodiagnostické vyšetření nebo klient sám.

Další problematickou oblastí je konflikt rolí a zájmů. Psycholog, který bude spolupracovat se schizofrenním klientem a zároveň bude jeho příbuzným, tak bude ve střetu zájmů. I když je profesionál, v tomto případě si nemusí zachovat objektivitu a přistupovat ke klientovi familiérně. Nelze tedy, aby rozhodoval o možnosti další péče či klienta diagnostikoval. Je pro to lepší, tak jak se píše v kodexu, aby psycholog klienta odmítnul a nabídl mu jinou odbornou pomoc. S takovou etickou situací souvisí i přijímání jakýchkoliv výhod, které by z profesního vztahu mohli plynout.¹⁴¹ Není možné, aby psycholog diagnostikoval a spolupracoval s klientem, který trpí schizofrenií

¹³⁹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika v pomáhajících profesích*, s. 15-16.

¹⁴⁰ Srov. SVOBODA, M.; KLIMUSOVÁ, H. *Etické aspekty psychodiagnostické činnosti*. In WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*, s. 176.

¹⁴¹ Srov. tamtéž, s. 177.

a zároveň od něj ve volném čase pobíral výukové hodiny francouzštiny, neboť klient je učitel francouzského jazyka.

S konfliktem rolí a zájmů souvisí i otázka profesních hranic z hlediska času. Schizofrenní klient se může zkusit psychologa kontaktovat i po otevírací době, neboť může vidět možnost psychologické pomoci. Je však na psychologovi, aby klientovi vysvětlil, že kontaktování mimo dohodnutou dobu není možné. Není to znevažování případu klienta, nýbrž učení se hranicím, které často schizofrenici těžko přijímají. Tuto otázku hranic z hlediska času můžeme aplikovat i na ostatní odborné profese v rámci týmu.

Pro naši práci multidisciplinárního týmu jsme zvolili klinického psychologa, který provádí klientovi psychodiagnostiku. Z některých tvrzení však vyplývá, že klinický psycholog se s klientem setkává pouze jednou, maximálně dvakrát. Je nutné ale podotknout, že pokud se jedná o běžného psychologa, který sice provádí diagnostiku, ale spolupracuje s klientem dlouhodobě (podobně dlouho jako psychoterapeut), využívá pro svou práci jiný etický kodex, který je však velmi podobný tomu, který je výše uveden. Psycholog by měl jednat v souladu a reflektovat svou práci v kontextu principů respektu, kompetence, zodpovědnosti a integrity.¹⁴²

Jak uvádí poslední část etického kodexu klinického psychologa, psycholog je povinen spolupracovat s kolegy, kteří řeší případ stejného klienta. Toto konstatování je pro naši činnost multitýmu velmi přínosným a zde poprvé vidíme, že v etickém kodexu odborníka, který v týmu pracuje, je spolupráce zakotvena. Dle našeho názoru je etický kodex psychologa velmi propracovaným dokumentem, který se snaží zachytit všechny oblasti možné spolupráce klienta a veřejnosti. Na klienta je zde pohlíženo s notně větší dávkou lidskosti než v předchozích etických kodexech.

Dalším článkem v multidisciplinárním týmu je psychoterapeut. Výkon psychoterapeutické činnosti taktéž podléhá etickému kodexu, stejně jako ostatní uvedené profese. Na následujících řádcích bude etický kodex psychoterapeuta představen a poté se pokusíme o zmapování eticky problémových oblastí.

¹⁴² Srov. LINDSAY, G.; KOENE, C. a kol. *Etika pro evropské psychology*, s. 78-194.

3.5 Etický kodex psychoterapeuta

Etický kodex pro výkon povolání psychoterapeuta vydala Česká psychoterapeutická společnost v roce 1998. Tento kodex byl vypracován po vzoru Evropské asociace pro psychoterapii a je s ní v souladu. Je rozdělen do jedenácti krátkých bloků, které se vztahují k profesní etice psychoterapeuta. Hned první částí je závaznost kodexu, která se vztahuje k členům České psychoterapeutické společnosti a spolupracujících organizací.¹⁴³

Druhá část kodexu upravuje profesi psychoterapeuta. Psychoterapeutická činnost je brána jako vědecká profese do té míry, jak to stanovuje zdravotnický právní řád. Pomocí psychoterapeutických metod je schopen terapeut diagnostikovat a plánovat potřebnou léčbu. Pro psychoterapii je nezbytný vztah klienta a terapeuta, který probíhá ve vzájemných interakcích s cílem provést změny ve stavu klienta a usnadnit tak další vývoj. Pro psychoterapeutickou profesi je nutná zodpovědná věrnost k uskutečnění cílů při práci s klientem. Používání psychoterapeutické odbornosti musí být v souladu s důstojností, sebeúctou a nejlepším zájmem klienta. Psychoterapeut také musí označit, že jeho profesní pozice souhlasí s jeho výcvikem.¹⁴⁴

Třetí oblast kodexu je věnována profesním kompetencím a odbornému rozvoji. Psychoterapeut musí jednat dle svých kompetencí a v souladu s profesní etikou. Má se zajímat o nové poznatky na poli výzkumu a vývoje psychoterapie a současně se tak odborně vzdělávat a rozvíjet. Psychoterapeut vykonává svou profesi tak, aby používal pouze metody a nástroje v oblastech, ve kterých má prokazatelné znalosti a zkušenosti.¹⁴⁵

Mlčenlivost je dalším pojmem, který kodex zmiňuje. Mlčenlivost je pro terapeuta velmi zásadním principem. Znamená to, že psychoterapeut i ostatní personál, který při psychoterapii může asistovat, je vázán mlčenlivostí o všech zjištěných skutečnostech. Výjimku tvoří ani supervize, kde musí být mlčenlivost také zachována.¹⁴⁶

Pátou oblastí kodexu je rámec psychoterapie. V tomto odstavci je upraven průběh samotného psychoterapeutického léčení. Psychoterapeut je povinen před zahájením terapie klienta informovat o jeho právech a především o metodě, kterou terapeut

¹⁴³ Srov. Etický kodex České psychoterapeutické společnosti. In WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*, s. 332.

¹⁴⁴ Srov. tamtéž, s. 332-333.

¹⁴⁵ Srov. tamtéž, s. 333.

¹⁴⁶ Srov. tamtéž.

používá, a s ní souvisejícími podmínkami. Dále jak bude psychoterapeutický proces vypadat z hlediska rozsahu a časové náročnosti. Klient musí také vědět, jak pro něj bude terapie finančně náročná, že si může případně stěžovat a jaký je při podávání stížností postup a v neposlední řadě je informován o mlčenlivosti psychoterapeuta. Klientovi je umožněna svobodná volba, zda terapii podstoupí a s kým. Psychoterapeut je vázán zodpovědným chováním, neboť psychoterapeutický vztah je postaven především na důvěře a jisté míře závislosti. Pokud by došlo k porušení důvěry ze strany terapeuta, je to známka jasného zanedbání povinnosti ke klientovi. Psychoterapeut tak jedná pouze v uspokojení svých jakýchkoliv zájmů (sexuálních, emočních, společenských, finančních). Zneužití důvěry či závislosti klienta v psychoterapeutickém vztahu je závažným problémem, za který nese zodpovědnost výhradně terapeut.¹⁴⁷

Podávání objektivních a pravdivých informací klientovi je další částí etického kodexu. Psychoterapeut musí klientovi podávat pouze pravdivé a objektivní informace, nikoliv informace, které by byly vtíravé, zavádějící či inzertní nebo reklamní povahy.¹⁴⁸

Následující oblasti kodexu jsou v krátkém znění, a proto je uvedeme společně. Psychoterapeut je povinen spolupracovat s ostatními odborníky, kteří společně jednájí v zájmu blaha klienta. Výše uvedená etická vodítka by měly být aplikovány také do vztahů v psychoterapeutickém výcviku. Psychoterapeut má také společenskou zodpovědnost, což znamená, že by jeho chování a jednání mělo směřovat k pěstování a vytváření životních podmínek, „*kteří podporují, udržují a obnovují psychické zdraví a obecně zralost a rozvoj lidí.*“¹⁴⁹ Psychoterapeut by se měl také účastnit vědeckého výzkumu na poli psychoterapie. Na tento výzkum se také vztahují výše uvedené etické předpisy, kdy je ale zájem klienta tou nejvyšší hodnotou. Česká psychoterapeutická společnost, která tento kodex vytvořila, musí dbát na dodržování etických směrnic a vytváří a podporuje odpovídající postupy pro řešení stížností při překročení etických předpisů.¹⁵⁰

Etický kodex psychoterapeuta zahrnuje mnoho eticky problematických oblastí, o kterých bude pojednáno v další podkapitole.

¹⁴⁷ Srov. Etický kodex České psychoterapeutické společnosti. In WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*, s. 333-334.

¹⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 334.

¹⁴⁹ tamtéž.

¹⁵⁰ Srov. tamtéž, s. 334-335.

3.5.1 Eticky problémové oblasti v profesi psychoterapeuta

Hubálek a Koťová hovoří o psychoterapii jako o profesi, na kterou jde nahlížet poněkud složitě ve srovnání s výše uvedenými profesemi. Jako důvody složitěho náhledu z hlediska etiky uvádí, že psychoterapie není „vázanou profesí“. Rozumíme tomu tak, že psychoterapie nemá jednotné vzdělávání, existuje mnoho směrů a přístupů psychoterapie, ač Česká psychoterapeutická společnost vydala etický kodex psychoterapeutů, tak stejně neexistuje jednotný závazný etický kodex pro všechny psychoterapeuty, stejně tak neexistují jasně stanovená pravidla, která by upravoval zákon o výkonu profese psychoterapeuta. Psychoterapie využívá především pro své léčení mezilidský vztah terapeuta a klienta.¹⁵¹ Přes všechny tyto argumenty, shledáváme, že etika v psychoterapii je jednou z velmi důležitých oblastí, právě proto, že terapeut využívá svůj pracovní vztah s klientem k tomu, aby bylo dosaženo léčebné změny klienta. Ve vztahu je tak, dle našeho mínění, velice mnoho etického úskalí, se kterým se terapeut ve své praxi potýká.

Jak jsme již uvedli, zásadním je v psychoterapii vztah terapeuta a klienta. Klient se s terapeutem setkává v určitých intervalech, často to bývá jeden z nejužších pracovních vztahů v rámci multitýmu. Psychoterapeut je klientovi velmi blízko a napomáhá mu řešit jeho niterné a často velmi složité problémy, které jsou spojené s jeho diagnózou schizofrenie a promítají se do všech oblastí života. Velmi zásadní je v tomto profesním vztahu důvěra. Důvěra v terapeuta, ale také důvěra v klienta. Jedná se tedy o vzájemnou důvěru a zodpovědnost. Klient by měl svému terapeutovi důvěřovat v profesionální vedení psychoterapeutického procesu dle jeho znalostí, dovedností a zkušeností, přesně tak, jak je výše uvedeno v etickém kodexu. Přesto však důvěra by měla být i na straně terapeuta vůči klientovi. Klient by měl podávat pravdivé informace, které jsou nezbytným předpokladem pro správný vývoj terapeutického procesu. S otázkou důvěry souvisí také princip mlčenlivosti. Klient je od terapeuta informován o mlčenlivosti o všech skutečnostech, které klient terapeutovi během sezení sdělí. Porušení mlčenlivosti je přijatelné pouze v případě, který stanovuje zákon, v jiném případě je porušení neomluvitelné a může tak poškodit klienta. Psychoterapeut by si takové jednání neměl nikdy dovolit, s výjimkou klientova souhlasu v rámci výměny informací odborníků v multidisciplinárním týmu.

¹⁵¹ Srov. HUBÁLEK, S.; KOŤOVÁ, M. Etika v psychoterapii. In WEISS, P. a kol. Etické otázky v psychologii, s. 229-230.

S porušením důvěry klienta v terapeuta souvisí další zneužití klienta. Může se stát, že psychoterapeut zneužije svoji moc a jistou míru závislosti klienta na své osobě. Terapeut sice klienta přijímá jako jedinečnou bytost, která má svá práva a povinnosti a je terapeutovi rovná ve své lidskosti, důstojnosti, svobodě a další, ale symetrický vztah klienta a terapeuta je spíše naivní představou, nikoliv realitou. Tím máme na mysli, že ač jsou si terapeut a klient ve své lidskosti rovni, klient bývá na terapeutovi určitou dobu velmi závislým. Klient může pocítit, že psychoterapeut je pro něj po dlouhé době někdo spásný, kdo mu pomáhá a zabývá se jeho situací. Bezmezně psychoterapeutovi věří a upíná se ke každému slovu, co terapeut vysloví. Psychoterapeut má v této situaci klienta ve své moci a může tak snadno sklouznout k využívání klienta a uspokojování tak vlastních zájmů.¹⁵² Jak uvádí etický kodex, může psychoterapeut uspokojovat své zájmy v oblasti sexuální, emoční, společenské nebo finanční. Takové jednání je nepřijatelné a morálně těžko obhajitelné, neboť terapeut v profesním vztahu jedná na úkor klienta a zapomíná na uspokojování a hájení jeho zájmů.

Jak jsme již výše uváděli důležitost důvěry v psychoterapeutickém procesu, musíme také zmínit úlohu zodpovědnosti, tak jak o tom hovoří Šimek. Šimek konkrétně mluví o zodpovědnosti psychoterapeuta, ale i klienta. Psychoterapeut je zodpovědný za průběh terapie a udržení profesních hranic a klient nese zodpovědnost za pravdivé poskytování informací a věrnost vůči terapeutovi. Věrnost je zde myšlena tak, že klient je věrný svému terapeutovi i v situacích, které jsou velmi závažné a těžké nebo v situacích, kdy se může stát, že psychoterapeut neví, co s klientem dál.¹⁵³

V etickém kodexu terapeuta je také uvedeno, že klient musí mít možnost se rozhodnout, zda do terapie vstoupí či nikoliv a s jakým terapeutem chce spolupracovat. Je proto nepřijatelné, aby psychoterapeut klientovi vnucoval své názory a přesvědčoval ho o svých kvalitách tak, aby klienta určitými manipulativními technikami dovedl k tomu, že s ním naváže spolupráci, avšak ne přímo z vlastního rozhodnutí. Terapeut by měl klientovi zachovávat jeho určitou míru autonomie a posilovat ji. I během terapie to znamená, že terapeut nemá klienta přesvědčovat o svém hodnotovém zakořenění, polemizovat o jeho víře či politickém smýšlení. S tím

¹⁵² Srov. ŠIMEK, J. Etika v psychoterapeutickém vztahu. In *Psychosom* [online]. 2004, č. 3, Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o. p. s. v Liberci. © 2004, posl. úpravy 21. 1. 2014. [cit. 5. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_3/etika_a_fil osofie3.htm>.

¹⁵³ Srov. tamtéž.

také souvisí, že terapeut by měl přijímat klienta takového jaký je se všemi jeho názory, vírou, politickým přesvědčením, světonázorem a dalším. Může se však stát, že psychoterapeut není schopný akceptovat klienta, s jehož názory vnitřně nesouhlasí. Je nutné, aby si to terapeut uvědomil a tento nejen etický problém začal řešit. Buď může pracovat na sobě v rámci supervize, nebo s klientem bude muset ukončit spolupráci a doporučit mu jiného odborníka.¹⁵⁴ Neboť s dlouhodobou nespokojeností v rámci profese narůstá riziko syndromu vyhoření.¹⁵⁵

V neposlední řadě musíme také uvést důležitý princip spravedlnosti v rámci psychoterapeutického procesu. Tím máme na mysli, že terapeut musí jednat dle spravedlnosti a tak, aby zachovával sociální rovnost a vyhýbal se diskriminujícímu jednání a chování. V praxi se totiž může stát, že terapeut se bude vyhýbat určitému typu klientů tak, aby chránil především svou osobu. Psychoterapeut se tedy lehce stane člověkem, který bude upřednostňovat jedny klienty před druhými a nezachová princip spravedlnosti.¹⁵⁶

Nyní jsme se pokusili zmapovat eticky problematické oblasti v psychoterapeutickém procesu mezi terapeutem a klientem. Poslední profesí, která je v multidisciplinárním týmu zastoupena, je sociální pracovník. V následující kapitole se tudíž budeme zabývat jeho etickým kodexem a problémovými oblastmi.

3.6 Etický kodex sociálního pracovníka

Etický kodex sociálního pracovníka vydala Společnost sociálních pracovníků, která vznikla v roce 1989. Kodex byl vydán roku 1995.¹⁵⁷ Dnes je však už revidován a nový doplněný kodex sociálního pracovníka nabyl účinnosti 20. 5. 2006. Etický kodex je rozdělen do dvou hlavních etických okruhů. Jedná se o etické zásady a pravidla etického chování sociálního pracovníka. Revizí byly do kodexu doplněny eticky problémové okruhy, na které se v následujících řádcích také podíváme.¹⁵⁸

¹⁵⁴ Srov. HUBÁLEK, S.; KOŤOVÁ, M. Etika v psychoterapii. In WEISS, P. a kol. Etické otázky v psychologii, s. 238-239.

¹⁵⁵ Srov. MATOUŠEK, O.; HARTL, P. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 55.

¹⁵⁶ Srov. HUBÁLEK, S.; KOŤOVÁ, M. Etika v psychoterapii. In WEISS, P. a kol. Etické otázky v psychologii, s. 240.

¹⁵⁷ Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*, s. 65.

¹⁵⁸ Srov. Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR. In *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. Posl. aktualizace 10. 3. 2014. [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf>.

V první části kodexu se hovoří o tom, že sociální práce staví na hodnotách demokracie, lidských právech a sociální spravedlnosti. Sociální pracovník zachovává a jedná v rámci lidských práv, která jsou ustanovena v jednotlivých zahraničně či místně platných dokumentech. Sociální pracovník také respektuje, že každý člověk je jedinečnou bytostí, bez ohledu na jakékoliv skutečnosti (původ, rasu, barvu pleti, jazyk, věk, pohlaví a další.). Současně sociální pracovník respektuje seberealizaci každého jednotlivce do té míry, aby nebylo omezeno stejné právo druhému člověku. Sociální pracovník pracuje s jednotlivci, skupinami, komunitami a sdruženími občanů tak, aby jim svými profesními kompetencemi, zkušenostmi a dovednostmi pomáhal k rozvoji. Profesní odpovědnost je u sociálního pracovníka nadřazená osobním zájmům a služby poskytuje na nejkvalitnější úrovni.¹⁵⁹

Druhá část kodexu je obsáhlejší a je rozčleněna do více podkapitol. První hovoří o etických zásadách ve vztahu sociálního pracovníka a klienta. Sociální pracovník jedná tak, aby podporoval odpovědnost a zmocnění svých klientů, aby chránil jejich lidskou důstojnost, lidská práva a nediskriminoval nikoho z klientů. Pohlíží na klienta jako na bytost ve své celistvosti a komplexnosti a především jako na člověka s různými sociálními vazbami v rámci svého přirozeného prostředí. Pracovník hájí právo na soukromí klienta a s tím související důvěrnost, mlčenlivost. Bez klientova souhlasu nikdy nesmí dojít k zneužití klientových údajů a prozrazení důvěrně sdělených informací. Výjimky jsou uvedeny v příslušných zákonech. Klient je ze strany sociálního pracovníka podporován k tomu, aby maximálně využíval všech sociálních dávek a služeb, na které má nárok. Vzájemný vztah by měl být plný empatie, péče a účasti a to především ze strany pracovníka. Klienta také podporuje k tomu, aby byl co nejvíce zapojen do procesu řešení svých problémů. Pokud však pracovník nemůže z nějakého důvodu klientovi poskytnout potřebné služby a je si tudíž vědom svých profesních hranic, odkáže ho na jiné příslušné služby.¹⁶⁰

Pravidla etického chování jsou také vztaženy na vztah sociálního pracovníka a zaměstnavatele a dále také na jeho kolegy. Sociální pracovník jedná tak, aby plnil všechny své povinnosti, které vyplývají z jeho pracovního poměru. Napomáhá k vytvoření takových podmínek v organizaci, kde pracuje, aby mohl být naplňován tento etický kodex. Sociální pracovník je aktivní ve věci sociální politiky, podněcuje

¹⁵⁹ Srov. Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR. In *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. Posl. aktualizace 10. 3. 2014. [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf>.

¹⁶⁰ Srov. tamtéž.

ke změnám pracovních metod v organizaci, tak aby byla zachována nejvyšší úroveň poskytovaných služeb. Své kolegy, kteří mají odlišné praktické postupy a zkušenosti, respektuje a to i pokud mají jiné názory než sociální pracovník sám. Pokud je nutné, aby pracovník vůči kolegům projevil kritiku, musí uvážit vhodný čas a prostor pro toto vyjádření. Se svými kolegy a zaměstnavatelem hovoří o etice ve své práci, a pokud je nutné etické rozhodnutí, sociální pracovník za to nese zodpovědnost a musí mít rozhodnutí eticky podložená.¹⁶¹

Následující odstavec pojednává o vztahu sociálního pracovníka ke své profesi a odbornosti. Sociální pracovník se snaží, aby statut profese byl udržován či zvyšován a taktéž i odborná úroveň sociální práce. Ve své praxi se snaží uplatňovat nové metody a přístupy sociální práce. Usiluje o to, aby sociální práci vykonával pouze pracovník k tomu způsobilý a oprávněný. Musí se neustále systematicky vzdělávat a udržovat tak vysokou kvalitu sociální práce. Pro svůj profesní růst čerpá zkušenosti a znalosti kolegů a svůj růst neomezuje pouze na jednu oblast sociální práce, nýbrž na celou sociální práci. Také sociální pracovník spolupracuje se školami, které vzděláváním připravují budoucí sociální pracovníky a předává jim své praktické poznatky.¹⁶²

Poslední oblastí druhé části etického kodexu sociálního pracovníka je vztah ke společnosti. Povinností, ale i právem sociálního pracovníka je upozorňovat veřejnost a kompetentní orgány na porušování zákonů či zájmů občanů. S aktivitou sociálního pracovníka, jak je uvedeno výše, také souvisí apel za zlepšení sociálních podmínek, zasažení se o změnu v legislativě a tím zvýšení sociální spravedlnosti. Vyjadřuje se také k možnosti spravedlivějšího rozdělování zdrojů a to především pro ty, kteří to potřebují. Dále usiluje o zlepšení kvality života pro všechny, zejména ale těch, kteří jsou znevýhodnění či s handicapem. Sociální pracovník je také zodpovědný za své chování vůči klientům, kolegům, zaměstnavateli, organizaci či zákonu a požaduje tak za tuto zodpovědnost uznání. Může se však stát, že odpovědnosti budou ve vzájemném rozporu.¹⁶³

Poslední částí kodexu jsou eticky problémové okruhy. Počítá se, že tyto okruhy budou vypracovány v rozšířeném kodexu, který by specifikoval sociální práci v určitých konkrétních oblastech. Přesto jsou zde sepsány základní a další problémové okruhy.

¹⁶¹ Srov. Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR. In *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. Posl. aktualizace 10. 3. 2014. [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf>.

¹⁶² Srov. tamtéž.

¹⁶³ Srov. tamtéž.

Do těch základních se řadí rozhodnutí sociálního pracovníka o tom, kdy má vstoupit a zasáhnout do života klienta, jeho rodiny, skupiny či obce. Další okruh, se kterým se sociální pracovník setkává je spojen s rozhodnutím, kterým případům klientů se věnovat přednostně. Třetí etický problémový okruh hovoří o tom, kolik pomoci a péče má být klientovi poskytnuto, aby nedošlo k zneužití, nýbrž k přehodnocení a změně postojů a zodpovědnosti. Sociální pracovník by také měl uvážit, kdy ukončit s klientem spolupráci v rámci poskytování sociální terapie či jiných služeb nebo sociálních dávek. Dalšími problémovými okruhy se myslí ty, které ukazují střety zájmů. Střety zájmů mohou nastat mezi sociálním pracovníkem a klientem, klientem a jiným občanem, institucí a skupinou klientů, klienty a společností či mezi zaměstnavatelem a zaměstnanými sociálními pracovníky. V této části kodexu je také zmínka o tom, že sociální práce má prostřednictvím sociálních pracovníků poskytovat pomoc a kontrolu klientům. Tyto antagonistické stránky sociální práce musí být sociálním pracovníkům jasné a měli by vědět, jaké etické dopady může mít jejich kontrolní role. Poslední zmínkou v kodexu je postup při řešení etických problémů.¹⁶⁴

Etický kodex sociálního pracovníka jako jediný z kodexů, které v této práci uvádíme, obsahuje etické problémové okruhy. Shledáváme za velmi přínosné pro praxi mít v kodexu tyto okruhy definované. V následující podkapitole bychom se rádi věnovali konkrétním praktickým příkladům eticky problémových situací, které vycházejí z práce sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi.

3.6.1 Eticky problémové oblasti profese sociálního pracovníka

Řešení eticky problémových situací spatřuje Nečasová v různé míře zkušeností sociálních pracovníků. Domnívá se, že sociální pracovníci, kteří pracují v organizaci kratší dobu, řeší eticky problémové situace jinak než jejich zkušenější kolegové. Když se mají začínající sociální pracovníci morálně rozhodovat v eticky problematických situacích, nebývají si jistí.¹⁶⁵ Tento způsob rozdělení pracovníků na málo zkušené a zkušenější vnímáme jako platné nejen v oblasti sociální práce, nýbrž i v odlišných profesích.

¹⁶⁴ Srov. Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR. In *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. Posl. aktualizace 10. 3. 2014. [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://socialniprovcnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_ssper.pdf>.

¹⁶⁵ Srov. NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*, s. 91-94.

Nyní budeme vycházet čistě ze základních a následujících etických problémů, které jsou definované v etickém kodexu, a poskytneme praktický náhled na dané problémy z hlediska naší praxe sociálních pracovníků.

První etický problém je spatřován v tom, kdy má sociální pracovník vstoupit nebo zasáhnout do života klienta a jeho rodiny z hlediska sociální terapie. Sociální pracovník může mít nutkání klientovi či jeho rodině pomoci, neboť bude přesvědčen o správnosti zásahu. Může to však být v rozporu s přáním klienta či jeho rodiny nebo dokonce v rozporu s tím, co daná organizace upřednostňuje. Je však nutné, aby sociální pracovník respektoval rozhodnutí klienta. Jiná věc však je, pokud se v rodině dějí situace protiprávní a pracovník o nich ví. V této věci je nutná ohlašovací povinnost každého občana a tudíž i sociálního pracovníka. Zda tedy vstoupit či nevstoupit, zasáhnout či nezasáhnout do života klienta je také ovlivněno tím, jak organizace, ve které je sociální pracovník zaměstnán, řeší tyto dilematické situace. Většinou je klientovi posilována jeho autonomie a schopnost rozhodování a případné nesení následků. Avšak sociální pracovník může v této věci řešit svůj vnitřní etický problém, neboť jeho hodnoty a přesvědčení může být odlišné od toho, co má a musí udělat.

Další etický problém je spatřován v tom, jaké klientské případy budou mít přednost před ostatními. Sociální pracovník je nucený se rozhodovat s jakými klienty bude pracovat přednostně, a tudíž musí být schopný zhodnotit, jaké případy jsou závažnější než ostatní. Pokud tak sociální pracovník neučiní, může nastat taková situace, že bude pracovat s klientem, který potřebuje sice notnou dávku podpory, ale druhý klient, který je méně průbojný či s ním ještě nebyla navázána intenzivní spolupráce, bude pod silnou atakou hospitalizován v psychiatrické léčebně a v daný moment by mu pomohlo, kdyby hovořil se sociálním pracovníkem. Sociální pracovník se tak musí eticky rozhodovat a jednat. Je však také důležité se zmínit o tom, že pracovník může dávat přednost některým klientům z hlediska sympatií či jiných zálibení. Toto jednání je však v rozporu s etickým kodexem, kde je přímo uvedeno, že pracovník přistupuje ke každému klientovi jako k jedinečné bytosti a to „*bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.*“¹⁶⁶

¹⁶⁶ Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR. In *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. Posl. aktualizace 10. 3. 2014. [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf>.

Kolik péče a pomoci má být klientovi poskytnuto tak, aby to nevedlo ke zneužití či nezodpovědnosti. Jak je výše uvedeno v etickém kodexu, sociální pracovník klienta podporuje při využívání všech služeb a dávek, na které má nárok. Nemůže už to samotné maximální využití všech možností klienta nemotivovat a tak i nepodporovat jeho zodpovědnost? Z pozice sociálních pracovníků můžeme říci, že často vidíme při práci se schizofrenními klienty to, že si zažádají o invalidní důchod, na který mají nárok, ale i v případě, že se jejich duševní onemocnění ustálí a oni by mohli pracovat, mají jistotu finančních prostředků a pracovat nepůjdou. Jak tedy správně rozhodnout o tom, kolik péče a pomoci je nutné klientovi poskytnout? Je však také nutné zmínit, že každý klient je individuální osobnost a tak přístup ke každému z nich je dle jeho potřeb. Nelze tedy jasně říci, že všichni schizofrenní klienti dostanou invalidní důchod a celý život už nebudou pracovat. Je to však další etický problém, se kterým se sociální pracovník ve své praxi setkává a je nutné, aby hodnotil své jednání z hlediska morálky.

Poslední základní oblast etických problémů, dle našeho názoru, úzce souvisí s předchozí částí. Kdy přestat se sociální terapií, se službami či dávkami? K tomuto problému nás napadá otázka, zda je rozhodnutí sociálního pracovníka o ukončení poskytování sociálních služeb s klientem relevantní a objektivně přípustné? Není to spíš pouze jeho subjektivní pocit, který může být ovlivněn různými hledisky? Dle našeho mínění by toto rozhodnutí nemělo zůstat na bedrech pouze jednoho sociálního pracovníka, nýbrž rozhodnutí by mělo vycházet ze společných diskuzí nad konkrétním případem klienta v rámci organizace či v rámci multidisciplinárního týmu. Není však vyloučené, že i přes pozitivní či negativní rozhodnutí o spolupráci s klientem, může pro sociálního pracovníka tato situace představovat závažný etický problém či dilema, se kterým se bude muset vypořádat a určitými způsoby ho zpracovat.

Jak můžeme výše vidět, etický kodex také popisuje nejen základní etické problémy, nýbrž i následující. Jedná se o to, že sociální pracovník se může ve své profesi dostat do střetu zájmů, v nichž je nucen eticky hodnotit, rozhodovat se a jednat. Sociální pracovník, který je schopen reflektovat svou praxi, tak si snadno uvědomí, že jeho osobní hodnoty mohou být v konfliktu s profesními či s hodnotami zaměstnavatele. V této souvislosti se pracovník vzhledem do praxe může snadněji vypořádat s etickými problémy na základě střetu zájmů.¹⁶⁷

¹⁶⁷ Srov. NEČASOVÁ, M. Profesionální etika. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 45.

Ač jsme se pokusili nastínit základní etické problémy v profesi sociálního pracovníka ve spolupráci se schizofrenním klientem, je zřejmé, že nelze zde obsáhnout všechny problémy, které přicházejí s každodenními novými situacemi. Sociální pracovník je nucen se eticky rozhodovat a jednat vesměs neustále. K tomu, aby tyto situace zvládl, mu může být nápomocný etický kodex sociálního pracovníka, etický kodex organizace, vnitřní předpisy organizace, vlastní hodnotový základ, vědomí profesní kompetencí a další hlediska.

Tímto jsme zakončili pohled na etické kodexy a etické problémy jednotlivých odborníků, kteří pracují v multidisciplinárním týmu. Nyní je zapotřebí, abychom se v následující podkapitole podívali na diskuzi, která bude probíhat v rámci všech odborníků multitému a to z hlediska etiky, etický kodexů a etických problémů, které z práce multidisciplinárního týmu mohou vyvstávat.

3.7 Diskuze

V předchozích podkapitolách jsme hovořili o etických kodexech a etických problémech jednotlivých profesí, které jsou účastny v multitému při práci se schizofrenním klientem.

Ačkoliv je každý z etických kodexů jiný, tak se v několika věcech shodují, či v opačném případě rozcházejí. Účelem této podkapitoly „Diskuze“ je srovnat výše uvedené etické kodexy a podívat se na etické problémy v rámci práce multidisciplinárního týmu.

Každá z výše uvedených odborných profesí má jistá specifika, která se projevují v pohledu na klienta. Lékař – psychiatr se na klienta se schizofrenií dívá z hlediska medicínského a řeší především jeho zdraví. U zdravotní/psychiatrické sestry je náhled na klienta utvářen především ošetrovatelskou péčí, ale můžeme zde už zaznamenat zmínku o důležitosti vzájemného vztahu sestry a klienta. Klinický psycholog nahlíží na klienta z pozice psychologické a řeší především jeho duševní zdraví. Psychoterapeut se dívá na klienta podobně jako psycholog, avšak je zde větší apel na vzájemný vztah, který je důležitým aspektem pro následnou psychoterapeutickou léčbu. Sociální pracovník na klienta pohlíží jako na osobu ve své celistvosti. Neřeší tedy pouze jednu oblast problému, jako ostatní odborníci, ale ke klientovi přistupuje komplexně. Je však vidět, že každý z odborníků se vyjadřuje k nějaké oblasti klientova života a tak je možné zabezpečit multidisciplinární přístup ke klientovi.

Když se však podíváme blíže na etické zakotvení jednotlivých profesí a tudíž celého multitýmu, najdeme několik shodných hledisek, ke kterým se etické kodexy vyjadřují. Je patrné, že každý etický kodex vychází z nějakých hodnot. Nejlépe a výstižně formuluje toto zjištění etický kodex sociálního pracovníka, který hovoří o tom, že vychází z hodnot demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Domníváme se, že z uplatňování lidských práv a svobod vychází každý výše popsany etický kodex. Avšak u etických kodexů klinického psychologa a psychoterapeuta není doslovně psáno, že by měly zachovávat, respektovat či dodržovat lidská práva, jako to je výslovně psáno u ostatních. Soudíme ale, že ač nemají přesně definované v kodexu dodržování lidských práv, taktéž této povinnosti podléhají, neboť jejich profese nevychází pouze z etického kodexu, nýbrž z dalších závazných dokumentů.

At' už přímo či nepřímo etické kodexy hovoří o lidských právech, jsou zde jasně se shodující pojmy, které jsou pro výkon profesí zásadní. Všechny kodexy hovoří o lidské důstojnosti, která musí být respektována, zachována a odborníci musí jednat v jejím souladu. Uznáním lidské důstojnosti klienta je zároveň akceptována i lidská jedinečnost a s tím spojená všechna práva a povinnosti. S přijetím klienta takový jaký je, souvisí otázka diskriminace. Etické kodexy klinického psychologa, psychoterapeuta a sociálního pracovníka výslovně hovoří o tom, že odborníci nesmí klienta diskriminovat. Neboť diskriminací dochází k porušení principu spravedlnosti. Avšak otázka diskriminace není zakotvena v etických kodexech lékaře psychiatra a zdravotní/psychiatrické sestry. Je zajímavé, že tento velice důležitý etický aspekt v těchto kodexech chybí. Tuto chybu shledáváme za závažnou, i přesto, že povolání lékaře i sestry podléhají dodržování Všeobecné deklaraci lidských práv, Ústavy či Základní listiny práv a svobod, kde je tato skutečnost uvedena.

Za další zmínku stojí zachovávání úcty ke klientovi a jednat vůči němu s lidským přístupem. Tyto dvě skutečnosti jsou uvedeny ve všech etických kodexech, kromě kodexu sociálního pracovníka. Znamená to, že sociální pracovník se ke svým klientům nemusí chovat s úctou, respektem či s lidským přístupem? Nikoliv. Ač etický kodex sociálního pracovníka tyto pojmy neuvádí, nepřímo z kodexu vyplývají. Nehledě na to, že profese sociálního pracovníka nebývá atraktivní a tak ke studiu a pozdějšímu výkonu vesměs přichází tací jedinci, kteří mají určité osobnostní předpoklady a notnou dávku lidskosti. Avšak jiná je otázka, zda o tyto předpoklady vlivem praktických zkušeností a hrozícím syndromem vyhoření nepřichází.

Dalším důležitým aspektem při práci výše uvedených odborníků, je zodpovědnost. Kodexy se k vlastní profesní odpovědnosti vůči klientovi vyjadřují u lékaře, zdravotní sestry, psychoterapeuta i klinického psychologa. U sociálního pracovníka nacházíme pouze zmínky o tom, že klienta podporuje v odpovědnosti, nikoliv, že je za své jednání s klientem přímo zodpovědný. Odpovědnost se ještě u sociálního pracovníka promítá v etických zásadách ve vztahu k zaměstnavateli, nikoliv ke klientovi. Avšak můžeme vyzorovat, že u sociálního pracovníka může být zodpovědnost nalezena v tomto odstavci: „*Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.*“¹⁶⁸ Pokud tedy sociální pracovník jedná v souladu se svými kompetencemi, kterých si je vědom, musí nutně jednat také zodpovědně a proto v době, kdy s klientem nemůže pracovat, na vlastní zodpovědnost ho odešle do jiné služby či organizace.

S otázkou odpovědnosti také souvisí otázka svědomí. V kodexech vidíme zmínku o svědomí pouze u lékaře – psychiatra. Tato skutečnost je pro nás dosti zarážející, neboť svědomí je velice důležité v morálním rozhodování. „*Svědomí dává člověku schopnost morálně hodnotit své jednání*“.¹⁶⁹ Domníváme se, že ač se v kodexech o svědomí příliš nehovoří, profesionálové s tímto fenoménem bezpodmínečně počítají, neboť by si bez něho nebyli schopni uvědomit, že jsou mravními bytostmi. Na základě tohoto vědomí přeci si je člověk vědom mravního požadavku svého chování a jednání.¹⁷⁰ Proto shledáváme, že ač není pojem svědomí v kodexech zakořeněn, povědomí o tom, že svědomí existuje a člověk by měl jednat v jeho souladu, odborníci mají.

Zachovávání mlčenlivosti odborníků je jedinou povinností, která je uvedena ve všech výše popsaných kodexech. Všechny kodexy se k této záležitosti vyjadřují. U zdravotní sestry je taková specifikace, že mlčenlivost podléhá jejímu uvážení, které osobní informace do mlčenlivosti budou spadat, a tudíž jí budou podléhat. Etický kodex klinického psychologa zase hovoří o tom, že mlčenlivost musí být zachována i po smrti klienta. U sociálního pracovníka zase kodex nehovoří o mlčenlivosti, nýbrž o důvěrnosti klientova sdělení. Zachovávání mlčenlivosti chrání klienta a je mu tak zaručena důvěra,

¹⁶⁸ Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR. In *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. Posl. aktualizace 10. 3. 2014. [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://socialniprocnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf>.

¹⁶⁹ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 31.

¹⁷⁰ Srov. *Život z víry – překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé = Leben aus dem Glauben: katholischer Erwachsen - Katechismus*, s. 86.

kteřá je pro vzájemný vztah velice potřebná. Samozřejmě je důležité zmínit, že mlčenlivost může být porušena v případech, které stanoví zákon, nikdy ne jinak.

Jak jsme již zmínil, s dodržováním mlčenlivosti či lékařského tajemství u psychiatra, souvisí důvěra, jistá míra závislosti a jejich zneužití. Všechny kodexy v sobě mají zmínku o důvěře klienta k odborníkovi. Profesionál získává od klienta velmi osobní a citlivé údaje, které jsou pro jeho výkon profese nezbytné. Klient odrývá svou zranitelnost před všemi odborníky, se kterými řeší své problémy. Proto je velmi důležité, aby pracovníci si byli vědomi toho, že v určité míře je na nich klient závislý a oni jeho důvěru a závislost v žádném případě nesmí využít. Etický kodex psychiatra, klinického psychologa a psychoterapeuta přímo hovoří o nezneužití důvěry, závislosti a profesní moci vůči klientovi. Zároveň však kodexy také uvádějí, že odborník se ke klientovi chová jako k rovnocennému partnerovi, což svědčí a dokládá jakékoliv nezneužití klienta. Výslovně je to napsáno v kodexu lékaře a psychologa.

Další shodu, kterou můžeme v kodexech najít a pro naši multidisciplinární práci je zásadní, je zmínka o vzájemné spolupráci odborníků. Všechny výše uvedené etické kodexy v sobě tuto zmínku obsahují, vyjma etického kodexu sociálního pracovníka. U lékaře je psáno, že vzájemná spolupráce a komunikace probíhá výhradně mezi lékaři, nikoliv mezi jinými obory. Z našeho pohledu tedy záleží, zda je psychiatr ochotný z vlastní iniciativy spolupracovat s ostatními či nikoliv. U psychologa a zdravotní sestry se uvádí, že spolupracují jak s kolegy z oboru, tak i s ostatními z oborů jiných. Kodex psychoterapeuta zase hovoří o spolupráci, která probíhá v zájmu blaha klienta. Jediný kodex sociálního pracovníka neuvádí žádnou spolupráci s odborníky jiných oborů v závislosti na společné práci na případě klienta. Tato skutečnost je pro nás velmi překvapivá, neboť sociální pracovník je ten, který by měl velmi úzce spolupracovat s ostatními odborníky na případě klienta.

Shodu v kodexech nacházíme ještě u psychologa a psychoterapeuta, kde se uvádí, že nejvyšší hodnotou je hájit zájmy klienta. U psychologa je ještě blíže definováno, že pokud dojde ke střetu zájmů, nejpřednější je vždy hájit a zachovávat zájmy klienta. Ostatní kodexy o tomto nehovoří, ale napadá nás otázka, zda je ve vzájemné spolupráci klient na prvním místě či nikoliv?

Za zajímavou zmínku dle našeho názoru stojí to, že v etickém kodexu sociálního pracovníka je uvedeno pohlížení na klienta jako na celostní bytost. Tento fakt hodnotíme velice pozitivně, avšak není zde psáno, jak taková celostní bytost vypadá

či jak tedy sociální pracovník má na klienta nahlížet. Avšak domníváme se, že nahlížení na celostní bytost znamená vidět bytost ze sfér bio-psycho-sociálních a spirituálních.¹⁷¹

Nyní bychom se ještě krátce chtěli zmínit o problémech, které vycházejí z práce multitýmu. První problematickou situací je, že každý odborník v rámci týmu směřuje a pracuje s klientem na jiném cíli. Je nutné, aby se tým dohodnul na určitém směřování klienta a klient s tím byl seznámen. Může se tak předejít cílům, které by se v rámci profesí rozcházeli a klient tak bude mít jasnou představu a jistotu o dalším průběhu vzájemné spolupráce. Odpovědnost v týmu je také další otázkou, se kterou se v rámci spolupráce můžeme potýkat. Kdo a jakým způsobem je zodpovědný za jednotlivé složky léčby? Nutné je si vyjasnit sdílení odpovědnosti v rámci týmu odborníků, případně odpovědnost zakomponovat do vnitřních předpisů či do supervize. Otázka odpovědnosti je složitým problémem, který se těžko v praxi řeší. Další problém shledáváme v předávání informací v rámci týmu. Složitější situace je, když odborníci nepůsobí v rámci jednoho zařízení, ale spolupracují spolu externě. Mlčenlivost a citlivost údajů klienta je dobré ošetřit vzájemným kontraktem. Klient o výměně informací musí být informován a podepsat souhlas s jejich výměnou. Je však na uvážení odborníků, jaké informace jsou nezbytné poskytnout pro práci v týmu a jaké nikoliv. Avšak předávání informací je jak pro tým velmi zásadním a důležitým momentem, tak může být i pro klienta. A to z toho důvodu, že pokud jsou odborníci z týmu informováni o jednotlivých skutečnostech, klient už nebude podrobován dalším otázkám ze strany odborníků, které se mohou opakovat. Problematika výměny informací je složitá a měla by být velice dobře administrativně a zákonně podložena.¹⁷² Další problémy v týmu mohou být „*různé neshody ve spojení s různými motivy v pomáhání či léčbě, různé vzdělání nebo postavení jednotlivých pracovníků, neochota spolupracovat, nechůť naslouchat někomu, kdo má zcela jiná východiska v péči o klienty*“.¹⁷³

Bohužel praxe nám mnohdy ukazuje, že spolupráce odborníků z různých oblastí je komplikovanou záležitostí a odborníci nejsou zvyklí pracovat s klientem komplexně. Avšak již nyní zaznamenáváme změny pohledu na celkové fyzické i psychické zdraví člověka, nejen u schizofrenie a tudíž velkou potřebu vzájemné spolupráce jednotlivých odborných složek tak, aby byla zajištěna komplexní či multidisciplinární práce na případu klienta.

¹⁷¹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 15.

¹⁷² Srov. ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, M. Multidisciplinární tým. In MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 64-66.

¹⁷³ tamtéž, s. 64-65.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabývala tématem multidisciplinárního přístupu ke klientům s diagnózou schizofrenie a dílčími kroky jsem postupovala k naplnění cíle, který jsem uvedla v úvodu.

Na základě teoretických poznatků jsem vytyčila specifika duševního onemocnění schizofrenie a také se věnovala sociální práci v kontextu této diagnózy a to převážně v první kapitole. Pro naplnění cíle byla nezbytná druhá kapitola, která pojednávala o složení multidisciplinárního týmu. Jejím účelem bylo určit všechny odborníky, kteří se snaží o zajištění komplexního přístupu v rámci péče o schizofrenní klienty. Druhou kapitolu této práce hodnotím jako stěžejní, proto aby byla možná reflexe týmu, jak je psáno v úvodu. Avšak uvědomuji si, že druhá kapitola nabízí informace, které bezprostředně nesouvisí s cílem práce, ale jsou zde uvedeny proto, aby čtenáři poskytly další úhel pohledu. Nyní mám na mysli témata věnující se multitýmům v České republice, v zahraničí a pohled na plánovanou reformu psychiatrické péče. Tyto podkapitoly mohou čtenáři nastínit problematiku multidisciplinárních týmů v praktickém využití. Ač je multidisciplinární přístup velice potřebný, v České republice je těžko proveditelný, ve srovnání například s Itálií. Plánovaná transformace o potřebě týmů hovoří a to převážně v rámci komunitního přístupu. Je tedy otázkou do budoucna, zda týmy budou mít podporu jak ze sociální, tak zdravotní oblasti a budou moct snáze fungovat a poskytovat odpovídající péči. Teoretické informace v těchto dvou kapitolách jsou doplněné o praktické exkurzy ve formě krátkých kazuistik či mého vlastního praktického vyjádření k daným skutečnostem. Diplomová práce tímto má být obohacena a snaží se díky tomu propojovat teorii s praxí. V poslední kapitole jsem se snažila pojednat o etickém základu jednotlivých profesí. Etické hodnocení a rozhodování je v rámci týmu běžnou záležitostí, tudíž je prioritní, aby každá profese měla etický kodex, který udržuje jednání odborníka v určitých mantinelech. Shledávám za podstatné, že etický kodex odborníků nemůže nikdy stačit k tomu, aby jednotlivá rozhodnutí byla morálně ospravedlnitelná. Samotná osobnost profesionála s sebou přináší určitý hodnotový základ, svědomí, etické předporozumění a další instance, díky nimž je schopen konat rozhodnutí v souladu s morálkou a etikou.

Cílem diplomové práce měla být reflexe multidisciplinárního přístupu ke klientům se schizofrenií s větším apelem na sociální práci a se zřetelem na etický základ jednotlivých zúčastněných oborů. Pozice jednotlivých odborníků v multidisciplinárním

týmu a jejich činnost byla rozpracována komplexně. Důkladněji bylo pojednáno o sociálním pracovníkovi a smyslu sociální práce v kontextu duševního onemocnění. Etický základ byl zkoumán formou obsahu etických kodexů profesionálů a definováním eticky problémových oblastí. Jako největší přínos diplomové práce shledávám diskuzi nad shodou či rozdílností etických kodexů, kterou uvádím v závěru. Tímto shledávám, že cíl práce byl naplněn v rámci možností a limitů diplomové práce.

Téma diplomové práce je rozsáhlé a jistě by stálo za to, aby mu byla věnována větší pozornost, než pouze tak, jak je uvedeno výše. Snažila jsem se také o to, aby práce předkládala souhrnný nástin problematiky multidisciplinárních týmů, nikoliv pouze holý popis a naivní, pozitivní představy spojené s výkonem péče týmů. Práce může sloužit jako vhled do problematiky, nikoliv jako dogmaticky pojatý koncept. Uvědomuji si, že text diplomové práce někdy může vyznívat poněkud skepticky, avšak měl by sloužit k hlubšímu zamyšlení a rozboru jednotlivých problémů, které vyvstávají z práce týmu a zde jsou jen nastíněny.

Do budoucna bude jistě potřeba více komplexního přístupu, už jen díky plánované transformaci, a tedy přicházejícím změnám, spojených s činnostmi multidisciplinárních týmů. Navrhuji proto tyto změny vyhodnotit, neboť s nimi jistě přijde nový etický rozměr vyplývající z práce multitému.

Seznam použitých zdrojů

- BAJER, P. Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. *Sociální práce/sociální práce*, 2008, roč. 8, č. 1. ISSN 1213-6204.
- BAJER, P. V Mladé Boleslavi praktikují case management. *Sociální práce/Sociální práce*, 2008, roč. 8, č. 1. ISSN 1213-6204.
- BASAGLIA, F. Trieste po dvaceti letech – od kritiky psychiatrických institucí k institucím pečujícím o duševní zdraví. In *Fokus – sdružení pro péči o duševně nemocné* [online]. [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.fokus-cr.cz/index.php/dokumenty/file/23-trieste-po-dvaceti-letech>>.
- BENEŠOVÁ, V. *Stáž v Trieste ve dnech 9. – 11. 12 2013*. Archiv autora.
- COHEN, M. R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178497-4.
- ČEBIŠOVÁ, R., CHÁBOVÁ, R. a kol. Dobrá praxe opatrovnictví a poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování. In *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Posl. aktual. 11. 2. 2014 [cit. 12. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/15053/manual_opatrovnictvi.pdf>.
- Dipartimento di salute mentale Trieste* [online]. [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.triestesalutementale.it/welcome.asp>>.
- DOUBEK, P.; PRAŠKO, a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze. Příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.
- DÖRNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5.

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. In *Česká asociace sester* [online]. © 2008 ČAS, [cit. 1. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf>.

Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR. In *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. Posl. aktualizace 10. 3. 2014. [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf>.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HEJZLAR, P. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. In *Péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.pdz.cz/uploaded/hejzlar.pdf>>.

HENRIKSEN, J.-O.; VETLESEN, A. J. *Blízké a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi*. Brno: Sdružení Podané ruce, 2000. ISBN 80-85834-85-5.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Tiskárna Vyšehrad, 2006. ISBN neuvedeno.

JUKLOVÁ, K.; SKORUNKOVÁ, R. *Základy psychopatologie*. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-873-4.

LAJKEP, T. Psychiatrie a etika. In *Zdravotnictví a medicína* [online]. 31. 1. 2003, © 2014 [cit. 28. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/psychiatrie-a-etika-151365>>.

LINDSAY, G.; KOENE, C. a kol. *Etika pro evropské psychology*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-415-5.

MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAJ, M.; RABOCH, J. Budování komunitní psychiatrické péče – některé zkušenosti a doporučení. In *Česká a slovenská psychiatrie. Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS* [online]. © Česká a Slovenská psychiatrie 2014, © Galén 2014 [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.cspsihiatr.cz/dwnld/CSP_2009_6_294.pdf>.

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

Mental Health Commission [online]. [cit. 18. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.mhcirl.ie/>>.

MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-992-5.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Strategie psychiatrické péče. In *Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf>.

- Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice [online]. In *Mental Health Commission*. [cit. 18. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.mhcirl.ie/File/discusspamultiteam.pdf>>.
- NEČASOVÁ, M. *Úvod do filozofie a etiky v sociální práci*. Brno: b. n., 2001. ISBN 80-210-2673-01.
- NEMČEKOVÁ, M. a kol. *Etika v ošetrovatel'stve*. Prešov: b. n., 2008. ISBN 978-80-8068-812-7.
- ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-199-9.
- PĚČ, O.; BAJER, P. Editorial. *Sociální práce/sociálna práca*, 2008, roč. 8, č. 1. ISSN 1213-6204.
- PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- Poruchy duševní a poruchy chování. In *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. © WHO/ÚZIS ČR, poslední aktualizace 10. 9. 2013 [cit. 17. 10. 2013]. Dostupné na WWW:<<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.
- Pracovní skupina přípravy strategie. In *Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.reformapsychiatrie.cz/2012/11/27/pracovni-skupina/>>.
- PRAŠKO, J.; BAREŠ, M., a kol. *Psychotická porucha a její léčba. Příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1.
- PROBSTOVÁ, V.; ŠELEPOVÁ, P. a kol. *CAN: Camberwellské hodnocení potřeb*. 2. vydání. Praha: Anepra, 2011. ISBN 978-80-260-0138-6.

SEMRÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky*. Univerzita Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. ISBN 80-7041-758-7.

Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory. Etický kodex české lékařské komory [online]. In *Česká lékařská komora*. © 2011 [cit. 27. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf>.

SVOBODA, M. (ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

SZOTÁKOVÁ, M. Case management a jeho různorodé chápání. In NEPUŠTIL, P.; SZOTÁKOVÁ, M. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek – Metodická příručka* [online]. [cit. 1. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<http://nepustil.narativ.cz/files/metodika_cm.pdf>.

ŠIMEK, J. Etika v psychoterapeutickém vztahu. In *Psychosom* [online]. 2004, č. 3., Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o. p. s. v Liberci. © 2004, posl. úpravy 21. 1. 2014. [cit. 5. 3. 2014]. Dostupné na WWW:<http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_3/etika_a_filosofie3.htm>.

ŠRAJER, J. Etika a požadavek komplexnosti v sociální práci. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2012, roč. 12, č. 3. ISSN 1213-6204.

THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-806-6.

Tým sociální rehabilitace – case management. Fokus Mladá Boleslav. Operační manuál. In *Fokus Mladá Boleslav – sdružení pro péči o duševně nemocné* [online]. Srpen 2007 [cit. 13. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.fokus-mb.cz/vnitri/OM/TT.pdf>>.

URBAN, D. Postavení sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu. In *Sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce: Spolupráce v sociální práci* [online]. Hradec Králové: Univerzita Hradce Králové, © 2010-2014 [cit. 12. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.uhk.cz/cs-cz/fakulty-a-pracoviste/ustav-socialni-prace/eDokumenty/Documents/Sborn%C3%ADky%20z%20Hradeck%C3%BDch%20dn%C5%AF/Spolupr%C3%A1ce%20v%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ci.pdf>>.

VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

Výkony psychiatrických sester. In *Psychiatrická sekce České asociace sester* [online]. © 2004, [cit. 11. 2. 2014]. Dostupné na WWW:<<http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/file/102/vykony-psychiatrickych-sester.doc>>.

WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-845-6.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1. 1. 2011.

Život z víry – překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé = Leben aus dem Glauben: katholischer Erwachsen – Katechismus. Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2005. ISBN 80-7040-809-X.

Abstrakt

DÁVIDOVÁ, L. *Multidisciplinární přístup ke klientům se schizofrenií*. Strakonice 2014. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce A. Křišťan.

Klíčová slova: Multidisciplinární přístup, multidisciplinární tým, schizofrenie, duševní onemocnění, sociální pracovník, psychiatr, psycholog, psychoterapeut, etika, etický kodex, etický problém

Diplomová práce se zabývá multidisciplinárním přístupem ke klientům se schizofrenií. Cílem je reflexe multidisciplinárního přístupu ke klientům se schizofrenií s větším apelem na sociální práci a se zřetelem na etický základ jednotlivých zúčastněných oborů. Práce obsahuje kapitoly, které se nezbytně váží k tématu. Jedná se především o sociální práci v kontextu schizofrenie, specifika schizofrenie, složení multidisciplinárního týmu, činnost týmu a etické aspekty, které z práce týmu a jednotlivých odborníků vyplývají. Diplomová práce se snaží propojit teoretické poznatky s praktickými, a to především prostřednictvím kazuistik a praktických náhledů.

Abstract

Multidisciplinary approach to clients with schizophrenia

Key words: The multidisciplinary approach, multidisciplinary team, schizophrenia, mental illness, social worker, psychiatrist, psychologist, psychotherapist, ethics, code of ethics, ethical problem

This thesis deals with a multidisciplinary approach to clients suffering from schizophrenia. The main aim is to reflex the multidisciplinary approach to schizophrenic clients, appealing to social work and having respect to ethical principles of participating branches. The work includes chapters that are necessarily coherent to this topic. These are mainly the social work in the context of schizophrenia, specifics of schizophrenia, the structure of the multidisciplinary team, team work and all ethical aspects arising out of team work and individual experts' work. This thesis tries to link up theoretical and practical knowledge, mainly by means of casuistry and practical observations.