

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013 – 2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dominika Zvolenská

**Psychosociální rehabilitace osob se závažným duševním
onemocněním**

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce:
MUDr. Jan Stuchlík

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2013 - 2014

BACHELOR THESIS

Dominika Zvolenská

Psychosocial rehabilitation people with severe mental illness

Prague 2014

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
MUDr. Jan Stuchlík

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Dominika Zvolenská

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce MUDr. Janu Stuchlíkovi za odborné vedení práce, za pomoc a cenné rady při zpracování této práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá tématem psychosociální rehabilitace lidí s dlouhodobým duševním onemocněním. Cílem práce je poskytnout ucelené informace o psychosociální rehabilitaci jako metodě práce a její využití v praxi. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je vymezena cílová skupina, popsána historie a vývoj, filosofie psychosociální rehabilitace. Dále práce popisuje jednotlivé principy, fáze a oblasti této metody. V neposlední řadě je popsán case management. Praktická část obsahuje informace o občanském sdružení Fokus Mladá Boleslav a dále případové studie, na kterých je ukázána konkrétní práce pracovníků psychosociální rehabilitace.

Klíčové pojmy

Case management, duševní nemoc, principy psychosociální rehabilitace, procesy psychosociální rehabilitace, stigmatizace, úzdrava.

Annotation

The bachelor thesis focuses on the psychosocial rehabilitation of people with long-term mental illness. The aim of the thesis is to provide comprehensive information on psychosocial rehabilitation as a method of the work and its implementation in practice. The thesis is divided into the theoretical and practical part. In the practical part the target group is specified and the history, evolution and the philosophy of psychosocial rehabilitation are described. The thesis also describes the principles, phases and areas of the method. In the last chapter the practical part of the case management is described.

The practical part contains information on the civic association Fokus Mladá Boleslav and the case study, illustrating the specific work of psychosocial rehabilitation workers.

Key words

Case management, mental illness, processes of psychosocial rehabilitation, psychosocial rehabilitation principles, reinstatement, stigma.

OBSAH

ÚVOD	8
1 VYMEZENÍ CÍLOVÉ SKUPINY	10
1.1 Schizofrenie	11
1.2 Stigmatizace	13
2 HISTORICKÝ VÝVOJ PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE	17
2.1 Komunitní péče v České republice	18
3 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE	20
3.1 Základní směry psychosociální rehabilitace	21
3.2 Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci dle školy STORM	23
3.3 Fáze rehabilitačního procesu	24
3.4 Úzdava - recovery	26
4 JEDNOTLIVÉ OBLASTI PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE	27
4.1 Oblast pracovní	27
4.2 Oblast vzdělávání	29
4.3 Oblast bydlení	31
4.4 Oblast sociální	32
5 CASE MANAGEMENT	35
5.1 Hlavní zásady case managementu	36
5.2 Fáze práce s klientem	37
6 OBČANSKÉ SDRUŽENÍ FOKUS MLADÁ BOLESLAV	39
6.1 Popis poskytovaných služeb	39
7 PŘÍPADOVÉ STUDIE	43
7.1 Případová studie Iva	43
7.2 Případová studie Hedvika	49
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	58

ÚVOD

Cílem práce bude vytvořit komplexní teoretický přehled o tématu psychosociální rehabilitace. Autorka se bude v práci zabývat vývojem, základními principy, metodami a oblastmi práce. Zároveň bude snahou autorky poukázat, jak důležitou součástí komplexní péče o osoby s duševním onemocněním rehabilitace je.

Autorka volila téma práce na základě svých zkušeností z praxe a je přesvědčena o jeho aktuálnosti. Důvodem je chybějící a nedostatečná síť sociálních služeb v České republice. Autorka pocítuje nutnost reformy psychiatrické péče, která je dlouhodobě odkládána. Struktura péče u nás uvízla, na rozdíl od jiných sektorů zdravotní péče, kdesi v 80. letech minulého století. Komplexní, moderní a alternativní léčba psychiatrických onemocnění, která je úspěšná v zahraničí, je v České republice dlouhodobě ignorována. Autorka si uvědomuje, že tento problém je kvůli nedostatku financí obtížně řešitelný v krátkém časovém horizontu. Přesto je možné některé změny provést za poměrně nízkých nákladů. Jedná se v první řadě o šíření systematických, strukturovaných a didaktických informací nemocným, jejich rodinám a blízkým. Konkrétně jde o edukaci týkající se duševních nemocí, významu medikace, včasné léčby, komunikace s nemocnými. Cílem je předejít relapsům nemoci a dlouhodobým hospitalizacím, které nesou obrovskou zátěž nemocnému i celé jeho rodině. V druhé řadě jde pak o edukační programy širšího okolí a veřejnosti, jejichž cílem je destigmatizace. Právě s problémem stigmatizace duševně nemocných se autorka v praxi setkává nejvíce.

Autorka také při zpracovávání tématu zjistila skutečnost, že o psychosociální rehabilitaci existuje v České republice jen málo dostupné a ucelené literatury. Většinou jde o pouhé kapitoly či podkapitoly nebo zmínky v literatuře zabývající se léčbou duševních onemocnění z hlediska psychiatrie. Přesto se autorka bude v práci snažit zpracovat téma přehledně a uceleně ze všech dostupných zdrojů.

Práce bude koncipována jako teoreticko-praktická. V teoretické části bude využita popisná forma, jejímž zdrojem bude dostupná odborná literatura z oboru psychiatrie, psychologie, pedagogiky a sociální práce. V praktické části autorka popíše podrobněji občanské sdružení Fokus Mladá Boleslav, které je jedním z vůbec prvních poskytovatelů komunitních služeb v České republice. Dále autorka formou případových studií popíše psychosociální rehabilitaci a její formy v praxi.

Práce bude dělena do 7 kapitol. V první kapitole bude popsána cílová skupina. Obsahem bude definice duševního onemocnění, popis konkrétní skupiny psychotických onemocnění. Detailně se práce bude věnovat schizofrenii, jako jednomu z nejzávažnějších a nejčastějších duševních onemocnění. V další podkapitole bude nastíněn problém stigmatizace, která má velmi zásadní vliv na léčbu a vývoj duševního onemocnění. Druhá kapitola nás seznámí s historickým vývojem psychosociální rehabilitace ve světě a v České republice. Podkapitola bude věnována komunitní péči. Třetí kapitola popíše základní směry psychosociální rehabilitace, jejichž společným cílem je úzdrava nemocných. V další kapitole budou podrobněji popsány jednotlivé oblasti psychosociální rehabilitace s důrazem na oblast vzdělávání, kde hraje důležitou roli psychoedukace. V poslední kapitole teoretické části práce bude popsán case management, také nazýván případové vedení jako jedna z forem uplatnění rehabilitace v praxi.

V práci dále bude následovat praktická část, zaměřená nejprve na popis občanského sdružení Fokus Mladá Boleslav a služeb, které nabízí. Dále budou následovat případové studie konkrétních klientů sdružení s diagnózou schizofrenie. Cílem kazuistik je ukázat v praxi jednotlivé kroky a rehabilitační postupy případového vedení.

1 VYMEZENÍ CÍLOVÉ SKUPINY

Psychiatrie je lékařský obor, který se zabývá příčinami, diagnostikou, léčením a prevencí duševních poruch a jeho předmětem je nemoc samotná. Höschl nazývá psychiatrickým případem „*zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní neschopnosti nebo sociálního postavení nebo obou a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání*“¹.

Dle Taraby patří psychické poruchy mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti. Objevují se nejčastěji v produktivním věku, vedou k dlouhodobým hospitalizacím, sociálnímu selhávání a zvyšování počtu vyměřených invalidních důchodů. Právě zmíněné dlouhodobé hospitalizace znamenají ztrátu kontaktů s užším i širším okolím, což má negativní psychologický, ekonomický i sociální dopad na samotného jedince, ale i jeho rodinu, děti, příbuzné i celou společnost. Zásadně to následně ovlivňuje kvalitu života a ohrožuje svobodu člověka.²

Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) tvoří duševní poruchy a poruchy chování samostatnou kapitolu, jsou označeny kódy, které začínají písmenem F s následnými dvěma až čtyřmi číslicemi (F 00 – F 99). Tato klasifikace obsahuje diagnostická kritéria a slouží jako mezinárodně uznávané a platné vodítko pro určení diagnózy.³

Podle Weeghela představují lidé s vážným duševním onemocněním věkově různorodou, heterogenní skupinu. Podstatným znakem všech těchto onemocnění je, že přináší vážné a dlouhodobé problémy, v jejichž důsledku dochází k výraznému narušení

¹ HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Jinočany: H&H, 1996, s. 3-4. ISBN 8085787962.

² TARABA, P. Psychóza≠svoboda. In: RABOCH, J., I. ZRZAVECKÁ, P. DOUBEK a M. ANDERS. *Česká psychiatrie a svět*. Praha: Galén, 2004, s. 272-273. ISBN 80-7262-273-0.

³ *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, s. 251. ISBN 80-851-2111-5.

psychických, sociálních a pracovních schopností. Mezi nejčastější poruchy, jimiž trpí, patří poruchy psychotické, afektivní, neurotické a poruchy osobnosti.⁴

Detailně se v této práci bude autorka zabývat onemocněním psychotického okruhu, kde dochází ke ztrátě orientace v sobě samém i v okolním prostředí. Zde patří k nejtypičtějším a zároveň nejčastějším a nejzávažnějším onemocněním schizofrenie.

1.1 Schizofrenie

Označení schizofrenie použil poprvé v roce 1911 Eugen Bleuler (z řeckého slova schizein – rozštěp a phren – mysl). Vágnerová definuje schizofrenii jako „*závažnou duševní chorobu, která se projevuje narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity*“⁵.

Tato nemoc se vyskytuje asi u 1% populace. Projeví se poprvé zpravidla mezi 20. až 30. rokem. Onemocnění se projevuje zpočátku pomalu a plíživě, často bývají prvotní symptomy zaměňovány s pubertou či jejím dozníváním. Schizofrenie je velmi rozmanitá a obtížně předvídatelná ve svých projevech.

Bankovská a Španiel rozdělují typické symptomy nemoci do čtyř skupin:

Psychotické (pozitivní) symptomy

- Ozvučování, vkládání či odnímání myšlenek: nemocný je přesvědčen, že někdo zvenčí ovlivňuje jeho myšlení, má pocit úplné ztráty soukromí.
- Bludy: jde o bludné představy, o kterých je nemocný pevně přesvědčený a nelze jej nemocnému vyvrátit. Nejprve se projevuje vztahovačnost, kterou si nemocný následně bludně vysvětlí. Mezi nejčastější patří právě bludy vztahovačnosti a bludy paranoidně persekuční.

⁴ WEEGHEL, J. Komunitní péče pro osoby s psychickým omezením. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 14-29. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 333. ISBN 978-80-7367-414-4.

- Halucinace: mohou být sluchové, zrakové, taktilní, ale i čichové a chuťové. Nejčastěji nemocný slyší hlas nebo hlasy, které komentují jeho chování nebo o něm spolu hovoří, často se i mezi sebou hádají. Hlasy mohou nepřetržitě kritizovat, chválit pacientovy myšlenky a chování nebo mohou radit a přikazovat.
- Dezorganizace: jde o nesouvislé projevy myšlení a chování. Nemocný mluví z cesty, není schopen udržet téma, neudrží okolo sebe pořádek, toulá se, nedodržuje jakýkoliv denní režim. Dochází k zárazům myšlení.
- Poruchy motoriky: mohou být zvýšené, projevující se neklidem nebo naopak naprostou absencí pohybu tzv. stuporem, kdy se nemocný nepohybuje, nekomunikuje, nepřijímá potravu. Časté jsou též mimovolní pohyby, postoje a úkony.

Negativní symptomy

- Patří sem oploštělá afektivita, snížená emoční reaktivita, chudost řeči, ztráta motivace, zájmů a aktivity. Nemocný je zpomalený a apatický, bez zájmu o okolí, neumí se radovat ani plakat, chybí mu vůle, není schopen mít někoho rád, mít k něčemu citový vztah. Člověk na okolí působí jako laxní, bezcitný, chladný.

Kognitivní symptomy

- Jedná se o poruchy poznávacích funkcí, zejména paměti a pozornosti. Nemocný není schopen nic plánovat, řešit problémy a reagovat na změny. Je vztahovačný a nejistý.

Afektivní symptomy

- Zde jde o depresivní či manické symptomy. Nálada může být nepřiměřená, vrtošivá. V depresivní fázi prožívá nemocný naopak beznaděj, není schopen prožívat radost a nelze vyloučit suicidální jednání.⁶

Důležitými pojmy jsou zde ataka, remise a relaps. Bankovská a Španiel je charakterizují následně. **Ataka** je období, kdy nemocný pociťuje hlavně pozitivní příznaky. Stav vrcholí ztrátou nadhledu, nemocný je v důsledku ztráty kontaktu

⁶ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2013, s. 14-21. ISBN 978-80-204-2993-3.

s realitou obvykle hospitalizován. Právě chybějící náhled v této fázi onemocnění je zdrojem konfliktů s blízkým okolím a odmítáním léčby. **Relaps** je opakováním ataky nemoci, zda přijde či ne se nedá předem odhadnout. Jsou však známy postupy, jak relapsu předcházet. **Remise** je období mezi atakou a relapsem.

V moderní psychiatrii je cílem léčby schizofrenie dobře a včas zaléčit první ataku nemoci a následně nedopustit relaps nemoci. Právě komplexní léčba v tomto počátečním období nemoci zvyšuje pozitivní prognózu onemocnění.⁷

Kučerová popisuje schizofrenii pod označením F20 takto: „*Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání, pasivita či ovlivňování, sluchové halucinace, poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenních poruch je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím či trvalým defektem, anebo může být jedna či více atak s úplnou nebo neúplnou remisí.*“⁸

Vágnerová uvádí čtyři základní typy schizofrenie (paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní). Toto rozdělení je spíše teoretické, protože v praxi se formy jednotlivých typů onemocnění různě překrývají, přecházejí jedna do druhé a průběh nemoci je velmi různorodý.⁹

1.2 Stigmatizace duševně nemocných

Velmi podstatná je v souvislosti s duševní nemocí zmínka o stigmatu. Slovo stigma pochází z řečtiny a vystihuje ho nejlépe výraz „vypálené znamení“. Označení bylo pro ostatní znamením, na jehož základě byli jeho nositelé rozpoznáni a vyloučeni

⁷ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2013, s. 31-35. ISBN 978-80-204-2993-3.

⁸ KUČEROVÁ, H. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010, s. 20. ISBN 978-802-4720-456.

⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 345-348. ISBN 978-80-7367-414-4.

ze společnosti. Duševní nemoc působí ve společnosti stále jako silné sociální stigma a přes veškerý pokrok je stále aktuální.

Murphy uvádí: „*At' si psychicky postižený člověk o sobě myslí cokoliv, společnost mu připisuje negativní identitu. Právě z toho důvodu lze tvrdit, že stigmatizace není vedlejším produktem postižení, jako jeho podstatou.*“¹⁰

Dle Wenigové je sociální status duševně nemocných totiž o mnoho nižší než status somaticky nemocných. Na rozdíl od somatických nemocí neznamena totiž včasná diagnóza a léčba duševní nemoci úlevu, ale spíše další problémy, jako ztrátu zaměstnání, zhoršení vztahů v rodině, problémy s bydlením apod. Strach ze stigmatu duševně nemocného člověka často vede i k nevyhledání odborné pomoci nebo následné nespolupráci při léčbě. Chodit k psychiatrovi není v očích veřejnosti stále totéž, jako chodit k zubaři. Nemocné tento stav vystavuje dlouhodobému stresu a může zapříčinit nepříznivý průběh onemocnění.

Na základě výsledků výzkumu „Názory na schizofrenii“ v rámci projektu Změna z roku 2004 vyšel názor veřejnosti, který je značně ovlivněný iracionálními předsudky a malou informovaností o povaze duševních nemocí. Vychází z něho, že psychické poruchy jsou neléčitelné, psychicky nemocní jsou nevypočitatelní, nebezpeční, agresivní, neschopní, líní a hloupí. Naopak lépe se k duševně nemocným staví ta část populace, která se dostává s nemocnými do interpersonálního kontaktu, tvořeného rodinnými, přátelskými či pracovními vztahy.¹¹

Přitom Mahrová a Venglářová potvrzují o léčbě schizofrenie tzv. třetinové pravidlo. 1/3 nemocných prodělá jen jednu ataku nemoci a při příznivých podmínkách se nemoc nevrátí a mohou se vrátit zpět do školy či zaměstnání. Druhá třetina prodělá opakované ataky nemoci, které střídají fáze remise – údravy a nemocný je relativně adaptován. A až poslední třetina má průběh onemocnění nepříznivý, zhoršující se a chronifikující.¹²

¹⁰ KUDLÁČEK, M. Goffmanův koncept stigmatizace. In: RABOCH, J., I. ZRZAVECKÁ, P. DOUBEK a M. ANDERS. *Česká psychiatrie a svět*. Praha: Galén, 2004, s. 272-273. ISBN 80-7262-273-0.

¹¹ WENIGOVÁ, B. *Stigma a psychiatrie (napříč časem)*. [online]. [cit. 2013-10-05]. Dostupné z: http://www.stopstigma.cz/index.php?obsah=ke_stazeni&sub=o_stigmatu

¹² MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 124. ISBN 978-802-4721-385.

Dle Doubka většina správně léčených pacientů s duševní poruchou nikdy nespáchá násilný trestný čin, naopak jsou spíše častěji obětí trestných činů. Nemocní nejsou líní, nedostatek energie je příznakem onemocnění, ale i tyto obtíže se dají při vhodné léčbě zvládnout a mohou dosáhnout výrazných úspěchů.¹³

Snaha změnit situaci stigmatizovaných duševní nemocí v České republice vedla už v roce 2004 ke vzniku osvětového programu s názvem ZMĚNA, jehož hlavním cílem je dle Wenigové osvěta a vzdělávání samotných nemocných a jejich příbuzných, veřejnosti, lékařů a zdravotníků a zaměstnanců státní správy. Dalším neméně důležitým cílem je přesun péče z velkých izolovaných institucí do komunitní péče.¹⁴

Bankovská a Španiel vidí hned několik možností řešení boje se stigmatizací. V první řadě jsou to psychoedukační programy, které se zaměřují nejen na nemocné, jejich rodinné příslušníky, ale i širší okolí. Důležité je ovšem změnit stigmatizující postoje už od mladších věkových skupin. Jako druhou zásadní skutečnost uvádí spolupráci s médii, jejichž způsob prezentování, zvláště některých kauz trestných činů spáchaných duševně nemocnými, má trvalé a devastující dopady na veřejnost. V poslední řadě je to pak otázka změny názvu onemocnění. Zde uvádí pro příklad Japonsko, kde již v roce 2002 došlo k přejmenování schizofrenie na poruchu integrace, a poté byl zaznamenán značný posun v náhledu veřejnosti na tuto nemoc.¹⁵

Dle Praška je nutné si uvědomit, že psychóza je onemocnění srovnatelné s jakýmkoliv dlouhodobým neurologickým onemocněním. Ač dochází k narušení v určitých funkcích mozku, není nutné dát nemocnému nálepku, která ho odstrčí na periferii společnosti po celý zbytek života. Jde o onemocnění léčitelné a všechny obavy a předsudky okolí vycházejí pouze z toho, že je často velmi složité a těžké porozumět chování nemocného v akutní fázi. Psychóza si nevybírá a může potkat kohokoliv, i jinak výjimečně nadané jedince. Spekuluje se dokonce o tom, že geny, které nesou dispoziice k duševní nemoci, mohou způsobit nestandardní vývoj centrální nervové soustavy, která

¹³ DOUBEK, P. *Psychóza v životě – život v psychóze: informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2010, s. 25. ISBN 978-80-7345-231-5.

¹⁴ WENIGOVÁ, B. *Stigma a duševní poruchy*. [online]. [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art415>

¹⁵ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2013, s. 76. ISBN 978-80-204-2993-3.

pak svým nositelům propůjčuje mimořádnou inteligenci či nevšední talent. Díky knize Čistá duše a jejímu filmovému zpracování, je celosvětově znám příběh Johna Nashe, držitele Nobelovy ceny za ekonomii, který ve třiceti letech onemocněl schizofrenií. Schizofrenií trpěli syn i vnučka dalšího slavného nositele Nobelovy ceny za literaturu Bertranda Russela, stejně tak i syn Alberta Einsteina.¹⁶

¹⁶ PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, 2005, s. 22. ISBN 80-239-5482-2.

2 HISTORICKÝ VÝVOJ PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

Vývoj psychosociální rehabilitace dle Hejzlara souvisí s postojem společnosti k duševně nemocným a vývojem poznatků v psychiatrii, psychologii, sociálních vědách a ošetrovatelství. Úplné historické kořeny můžeme zaznamenat už ve starověku, kdy byla duševně nemocným hrána hudba, byli léčeni prací a příjemnou atmosférou.

Holandané uvádějí jako průkopníka rehabilitace doktora Querida, který ve 30. letech minulého století provozoval v Amsterdamu mobilní psychiatrický tým. Největší rozvoj rehabilitace však spadá do období po první a hlavně po druhé světové válce, kdy především v USA a Velké Británii vznikly státní programy pracovní rehabilitace s cílem zaměstnat nejen tělesně, ale i duševně postižené. Základním cílem rehabilitace byl v té době návrat do zaměstnání.¹⁷

Pěč popisuje jako další důležité období vývoje rehabilitace 50. léta minulého století. V západní Evropě a USA docházelo mimo jiné i z ekonomických důvodů k zavírání psychiatrických nemocnic tzv. deinstitucionalizaci. Ukázalo se ale, že velká řada propuštěných se nebyla schopna o sebe v běžném životě postarat. Lidmi se zkušeností s psychiatrickou léčbou byla zakládána svépomocná klubová centra (clubhouse). Mezi nejznámější patřil Fountain house v New Yorku. Tyto kluby najímaly profesionály, včetně sociálních pracovníků. Jejich základním rysem byla vzájemná pomoc a víra v produktivní potenciál duševně nemocných. Poprvé se objevil název psychosociální rehabilitace.

Od 60. let minulého století byl rozvoj rehabilitace systematictější. Vznikala komplexní centra denních aktivit, která se zaměřovala na nácvik dovedností. Používal se jak termín psychosociální rehabilitace, který původně vylučoval používání léků, tak i termín psychiatrická rehabilitace, který měl blíže k biologické léčbě. V 90. letech bylo evidentní, že je nutné tyto oba proudy sloučit a oba termíny se začaly používat souběžně. Zásadní vliv na rozvoj rehabilitace měly aktivity lidí, kteří měli sami

¹⁷ HEJZLAR, P. Komunitní péče a psychiatrie a psychosociální rehabilitace. In: BERAN, J. *Acta psychiatrica postgradualia Bohemica: 2/2004*. Praha: Galén, 2004, s. 98-112. ISBN 80-7262-271-4.

zkušenost s psychiatrickou léčbou. Upozornili na nutnost pochopit, že rehabilitace má význam jen tehdy, když je na ni pohlíženo očima těch, kterým má sloužit.¹⁸

2.1 Komunitní péče v České republice

Komunitní péči chápeme systém služeb poskytující komplexní odbornou pomoc a podporu ve vhodné formě, ve vhodný čas přesně tak, aby klient mohl žít ve svém přirozeném prostředí, byl soběstačný a mohl rozvíjet své schopnosti a kvalitu života. Tato podpora je směřována i na okolí nemocného.

Foitová vidí jako přínos komunitní péče to, že je alternativou k hospitalizaci a zajišťuje komplexní péči. Umožňuje zkrácení hospitalizace a ulehčení návratu nemocného do jeho přirozeného prostředí. Dalšími velmi podstatnými funkcemi komunitní péče je prevence a destigmatizace. Jde především o lokální informační a edukační programy zacílené na ohrožené skupiny obyvatelstva.¹⁹

Dle Hejzlar je velmi důležitým faktorem komunitní péče kontinuita všech poskytovaných služeb. Služby by měly být snadno dostupné, komplexní, flexibilní a týmové. Měla by fungovat komunikace a koordinace mezi jednotlivými poskytovateli služeb a klient by měl vždy být brán jako rovnocenný partner.²⁰

Hejzlar k rozvoji komunitní péče v České republice dodává, že rozvoj rehabilitace u nás nešel podle světových trendů. Do roku 1989 byla u nás rehabilitace ryze institucionální. V našich zdravotnických zařízeních, většinou značně izolovaných, byl prosazován pouze medicínský model léčby duševních chorob. Až po roce 1989 se u nás začala rozvíjet mimo-nemocniční péče a objevily se první zárodky komunitní péče. Vznikly první nestátní neziskové organizace, poskytující psychiatrickou rehabilitaci,

¹⁸ PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 95. ISBN 978-80-7387-253-3.

¹⁹ FOITOVÁ, Z. Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 208-242. ISBN 978-80-7387-253-3.

²⁰ HEJZLAR, P. Komunitní péče a psychiatrie a psychosociální rehabilitace. In: BERAN, J. *Acta psychiatrica postgradualia Bohemica: 2/2004*. Praha: Galén, 2004, s. 99. ISBN 80-7262-271-4.

krizová centra, programy pro doléčování a rehabilitaci. Rozvinuly se také svépomocné aktivity rodinných příslušníků nemocných a vznikla klubová centra. Za více než 20 let rozvoje těchto služeb však v České republice zatím nelze hovořit o komplexní komunitní psychiatrii. Síť poskytovatelů komunitní péče je stále nedostačující a jejich provoz naráží na legislativní a finanční nepřípravenost celého systému sociální a zdravotní péče.²¹

Za zmínku stojí, že dle Duška a Malé byla již v roce 1986 u nás podle koncepce psychiatrie vyčleněna psychiatrická rehabilitace jako samostatné odvětví psychiatrie. Jejím cílem byl návrat nemocného do původního sociálního prostředí s tím, aby se v něm zvládl pohybovat a projevovat jako před onemocněním.²²

Bankovská a Španiel uvádějí některá současná fakta. V České republice je více než sto tisíc lidí s psychotickým onemocněním, ale služeb rehabilitace jich využívá jen asi 3% z nich. Délka hospitalizace patří u nás k celosvětově nejdelším, průměrně jde o 114 dnů. Přitom právě dlouhodobé hospitalizace způsobují izolaci nemocných, vedou ke stigmatizaci a naprosto neodpovídají současným světovým trendům. V současnosti platí ve světě, že čím vyspělejší stát, tím menší počet lůžek v léčebnách, a tím více se přesouvá podíl finančních prostředků právě do komunitní péče.²³

²¹ HEJZLAR, P., M. HALÍŘ A M. FIALA. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. [online]. s. 146-152 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/03/08_hejzlar_3_2010.pdf

²² DUŠEK, K., E. MALÁ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravot. školy stud. obor zdravot. sestra, dětská sestra, ženská sestra, rehabilitační pracovník*. Praha: Avicenum, 1990, s. 79. ISBN 80-201-0021-0.

²³ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2013, s. 92. ISBN 978-80-204-2993-3.

3 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

Definice pojmu

Dle Pěče rehabilitace nebo také psychosociální rehabilitace je celkový přístup, který zahrnuje různé postupy a různé intervence týkající se duševních nemocí, a který zároveň navazuje a prolíná se s biologickou a psychoterapeutickou léčbou. Svými postupy je psychosociální rehabilitace nezbytnou součástí komunitní péče.²⁴

Hejzlar uvádí, že pro naplnění poslání rehabilitace je důležité propojení a spolupráce všech složek léčebných (psychiatrů, praktických lékařů, zdravotních sester, psychoterapeutů, psychologů) a složek sociálních (sociálních pracovníků, ergoterapeutů), složek profesionálů z ostatních oblastí a složek neprofesionálů z okolí nemocného.²⁵

Poslání psychosociální rehabilitace definoval Anthony: „*Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.*“²⁶

Principy psychosociální rehabilitace

Principy definovala celá řada autorů, shodují se v zásadě v těchto základních bodech, které shrnul Anthony:

- základem je týmová práce,
- hlavní složkou procesu je naděje,
- hlavním cílem je aktivní zapojení se klienta do procesu uzdravy,

²⁴ PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ O., V. PROBŠTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 94. ISBN 978-80-7387-253-3.

²⁵ HEJZLAR, P., M. HALÍŘ A M. FIALA. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. [online]. s. 146-152 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/03/08_hejzlar_3_2010.pdf

²⁶ PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ O., V. PROBŠTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 94. ISBN 978-80-7387-253-3.

- klient je veden k samostatnosti, zvyšují se kompetence a nezávislost,
- rehabilitace musí být eklektická a musí využívat různé techniky,
- důležitá je snaha o rozvoj sociální sítě a zdrojů podpory z klientova okolí,
- klientovy schopnosti se zvyšují v prostředí, ve kterém si sám přeje být,
- farmakoterapie je často nezbytná, ale samotná není dostačující,
- rehabilitace je zaměřena především na zlepšování dovedností v oblasti bydlení, vzdělávání, zaměstnání.²⁷

Dle Wilkena a Hollandera se ve všech rehabilitačních přístupech uplatňují:

- principy emancipace neboli obnova sociálních rolí a odstranění omezení, která brání v jejich naplňování,
- druhým principem je normalizace, což znamená naplnit co nejvíce sociálních rolí a začlenit se do společnosti i přes omezení, která klient má s mírou pomoci, o kterou klient sám žádá,
- posledním principem je participace, zúčastněné začleňování se, kdy klient má svůj postupný podíl na procesu rozhodování až do dosažení úplné autonomie.²⁸

3.1 Základní směry psychosociální rehabilitace

Vachková zmiňuje, že jednotný model psychosociální rehabilitace neexistuje, lze však rozlišit tři hlavní pojetí, které se liší cílem rehabilitačního procesu.

Bostonský model péče

Hlavním představitelem je profesor Anthony z Bostonu. Směr se zaměřuje na rozvoj klienta, zlepšení jeho osobního fungování na základě jeho přání a potřeb

²⁷ PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 99. ISBN 978-80-7387-253-3.

²⁸ WILKEN J. P., D. HOLLANDER. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci: Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly* [CD-ROM]. 1999. Praha: CRPDZ, s. 18-21.

v prostředí, které si sám klient zvolí tak, aby byl schopen fungovat. Klient je studentem, který se učí nové nebo zapomenuté dovednosti. Jde především o znovu nabytí schopností.

Anthony vymezil, že léčba se zaměřuje na poškození a odstraňuje symptomy nemoci, zatímco rehabilitace v jeho pojetí působí na postižení a zaměřuje se na rozvoj dovedností klienta a rozvoj zdrojů v komunitě.²⁹

Liebermanův model péče

Hlavním představitelem je profesor R. P. Liberman z Los Angeles. Směr je blízký medicínskému přístupu a zaměřuje se na vyřešení problému, důležitá přitom je redukce symptomů a osobní bezpečnost klienta. Klient je asertivním pacientem, který kromě medikace využívá informace a trénink dovedností. Při řešení konkrétních situací se vytváří konkrétní plán péče a intervencí.

Britský model péče

Hlavními představiteli jsou Bennet a Shepherd. Směr se zaměřuje na prostředí a každodenní fungování v něm. Klient by se měl zaměřit na své zbývající schopnosti fungovat v co nejvíce běžném, příjemném a funkčním prostředí. Cílem je akceptace nemoci a minimalizace handicapu. Klient je konzumentem služeb. Tito britští odborníci mimo jiné popsali i vliv prostředí a problém přenosu zvládnutých dovedností z jednoho do druhého prostředí.³⁰

²⁹ VACHKOVÁ, L. Sociální rehabilitační programy pro duševně nemocné. [online]. [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: http://psychiatriapreparax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3243&magazine_id=2

³⁰ HEJZLAR, P. Komunitní péče a psychiatrie a psychosociální rehabilitace. In: BERAN, J. *Acta psychiatrica postgradualia Bohemica: 2/2004*. Praha: Galén, 2004, s. 98-112. ISBN 80-7262-271-4.

3.2 Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci dle nizozemské školy STORM

Tento přístup je nazýván komplexním, protože postihuje všechny oblasti fungování jedince, jeho okolí a společnost. Jeho cílem je kvalita života a naplňování sociálních rolí. Je založen na zásadě, že psychiatrická rehabilitace je dostupná všem lidem s psychickým onemocněním tak, aby jim pomáhala zlepšit kvalitu jejich života a soběstačnost ve svobodně zvoleném prostředí, za současného osobního i sociálního uspokojení, na základě jejich vlastních potřeb a přání. Wilken a Hollander popsali základní složky tohoto komplexního přístupu.

3 dimenze

Rehabilitace je dynamický a kontinuální proces, který se uskutečňuje ve 3 dimenzích – dimenze vztahů, času a činností. Důraz je kladen na osobní život klienta, proces uzdravy a cílem je co nejvyšší nezávislost klienta. Důležitá je pro spolupráci klientova minulost, současnost, jeho čas, prostor a budoucnost. Pozvolnost postupu je důležitější než rychlost, protože důležitou charakteristikou rehabilitace je její zdlouhavost.

4 životní a osobní domény

Proces rozvoje osobnosti je možný ve čtyřech životních doménách. Jsou to bydlení, práce, učení se a volný čas. Každá z domén zahrnuje individuální a sociální aktivity. Plnění každodenních činností ovlivňuje naši spokojenost v osobních doménách. Jsou to osobní péče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy.

Triáda

Proces rehabilitace působí v triádě klient – pracovník (profesionál) – příbuzný (nejvýznamnější z klientova okolí). Rodina je v obnově sociálního zázemí velmi důležitá.

Kvalita života

Kvalita života je cílem rehabilitace a základním principem komplexního přístupu. Důležité přitom je, co považuje za kvalitu sám klient.

Osobní a sociální role

Rehabilitace se zaměřuje na klientovy role, které bývají u lidí s duševním onemocněním omezené právě kvůli nedostatečné sociální síti.

5 pilířů rehabilitačního procesu

- motivace klienta (účastnit se činností, ochota užívat léky, docházet na terapie),
- status (aktivity a činnosti, které klient vnímá jako smysluplné),
- dovednosti (kombinace kognitivních, emocionálních, praktických a sociálních dovedností, jež jsou nezbytné pro klientovy kompetence k činnostem a nezávislosti),
- materiální podpora (finance, strava, pomůcky, bydlení, doprava),
- podpora v sociální síti (podpora získávaná od okolí a služeb).³¹

3. 3 Fáze rehabilitačního procesu

Pěč popisuje rehabilitaci v šesti fázích, které se vzájemně překrývají a propojují. Samotný proces rehabilitace je cyklický, protože ve fázích realizace vzniká celá řada překážek, se kterými je nutné pracovat a vracet se do fáze předchozí. Zde jsou jednotlivé fáze procesu:

Fáze vytváření, navázání vztahu

Jde o první kontakt s klientem a samotné seznámení se s klientem má velký vliv na celý další vztah. Dochází k vzájemnému poznávání a položení základů důvěry, která je nezbytná pro další spolupráci.

³¹ WILKEN J. P., HOLLANDER D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci: Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly* [CD-ROM]. 1999. Praha: CRPDZ, s. 18-21.

Fáze mapování

Týká se šetření, sbírání, třídění a analýzy informací. Zjišťujeme, jak klient žije, jaké jsou jeho potřeby, jakou formu podpory klient bude potřebovat. Posuzujeme také, jaké překážky mohou nastat.

Fáze stanovování cílů

Jde o nastavení konkrétních krátkodobých cílů, u kterých je podstatná dosažitelnost a jednoduchost zvládnutí, a také o nastavení obecných dlouhodobých cílů ve všech oblastech života, které respektují přání klienta, ale nemusí být reálně dosažitelné v dohledné době.

Fáze plánování

Jedná se o vytvoření individuálního rehabilitačního plánu, který obsahuje jednotlivé dílčí kroky, časový horizont i rozdělení úkolů a odpovědnosti za provedení jednotlivých kroků.

Fáze realizace kroků

Taktéž nazvána fází výkonnou či intervenční. Dochází k výkonu jednotlivých aktivit a k pravidelné revizi, jejímž hlavním cílem je zaznamenat případné překážky. Na základě zjištěných překážek dochází k modifikaci cílů anebo ke zcela novému přehodnocení.

Fáze hodnocení a zpětné vazby

Závěrečná fáze procesu hodnotí, zda bylo nebo nebylo cíle dosaženo. V jaké kvalitě je cíl dosažen nebo co hrálo roli v jeho nesplnění. Hodnocení a zpětná vazba je důležitá pro stanovení nových cílů.³²

³² HEJZLAR, P. Komunitní péče a psychiatrie a psychosociální rehabilitace. In: BERAN, J. *Acta psychiatrica postgradualia Bohemica: 2/2004*. Praha: Galén, 2004, s. 98-112. ISBN 80-7262-271-4.

3.4 Úzdrava – recovery

Také bývá tento proces označován jako zotavení. Anthony popisuje úzdravu jako „hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností nebo rolí člověka. Jde o žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením způsobeným nemocí. Úzdrava zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života člověka“³³.

Dle Pěče nemá zotavování konec ani cíl, neznamená být vyléčen. Klade důraz na kvalitu života a to, jak je pacient se svou nemocí vyrovnaný a schopný žít. Je to cesta, jak prožít i s přetrvávajícími symptomy nemoci kvalitní a spokojený život. Kromě nemoci samotné se musí duševně nemocní navíc zotavit:

- „ze stigmatu, které duševní nemoc přináší a které je často klientem zvnitřněno,
- z iatrogenních efektů nastavení léčby a nedostatků příležitostí pro sebeurčení,
- z negativního vedlejšího efektu nezaměstnanosti,
- z rozbitých snů“³⁴.

Proces zotavování má dle Wilkena a Hollandera tyto tři základní fáze:

Stabilizace – veškerá pozornost je zaměřena na boj s nemocí, přijmutí léčby. Převládá role pacienta, je zmatený, ztrácí kontrolu, je v péči lékařů.

Re-orientace – léčba se stabilizuje, klient hledá nový smysl života, zkoumá důsledky nemoci a jejich vliv na blízkou budoucnost. Vrací se sebekontrola, učí se, jak se vypořádat s nemocí.

Re-integrace – dochází k obnově komunikace s vnějším světem, obnově vztahů s okolím, obnově sociálních rolí, roste sebeúcta, obnovují se dovednosti.³⁵

³³ PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 103. ISBN 978-80-7387-253-3.

³⁴ PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 99. ISBN 978-80-7387-253-3.

³⁵ WILKEN J. P., HOLLANDER D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci: Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly* [CD-ROM]. 1999. Praha: CRPDZ, s. 12.

4 JEDNOTLIVÉ OBLASTI PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

4.1 Oblast pracovní

Pracovní rehabilitace je dle Matouška zaměřena na návrat, udržení a také zdokonalení pracovních schopností. Duševně nemocný se potýká při své pracovní integraci s vnějšími a vnitřními překážkami. K těm vnějším patří nezaměstnanost, neodpovídající pracovní podmínky, špatná sociální politika. K vnitřním patří závažnost a symptomy onemocnění, nedokončené vzdělání, malé pracovní zkušenosti a nízké sebevědomí.³⁶

Vágnerová vidí pracovní zařazení jako měřítko sociální adaptace jedince. Lidé trpící schizofrenií bývají po návratu z léčby méně výkonní a ztrácejí své původní pracovní návyky, nemají všechny potřebné kompetence zvládnout zátěž v běžném zaměstnání. Setkávají se navíc s negativními reakcemi ze stran kolegů, odstupem a nedůvěrou. Bývají naopak zvýšeně zranitelní a nedovedou se se stresující situací vyrovnat, což situaci ještě zhoršuje. Značná část nemocných není schopna plného pracovního zatížení a je vhodnější zaměstnání na zkrácený úvazek. Také mnoho nemocných mladšího věku potkává nemoc v době studia, nemají tak žádnou ukončenou kvalifikaci a to jejich uplatnění na trhu práce ještě snižuje. Přesto platí, že jakákoliv pracovní činnost i přes uvedené potíže, vrací nemocným sebedůvěru, samostatnost a vede k získání a upevňování sociálních a pracovních dovedností.³⁷

³⁶ MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 149. ISBN 80-736-7002-X.

³⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 366. ISBN 978-80-7367-414-4.

Mezi základní druhy pracovní rehabilitace dle Pěče u nás patří:

Dobrovolná práce

Klient si sám vybírá činnost a volí množství odpracovaných hodin. Tak si klient nejprve ověří, zda práce odpovídá jeho možnostem a představám, aniž by došlo k závazku pracovní smlouvou.

Chráněné pracovní dílny

V našich podmínkách nejčastějším druhem práce v chráněném prostředí, jejíž cílem je rozvoj pracovních dovedností a příprava na práci v budoucím placeném a nechráněném zaměstnání. Klient se prostřednictvím docházky do dílny učí pracovním návykům, pravidelnosti docházky, schopnosti vydržet zátěž a udržet soustředění.

Přechodné zaměstnávání

Jde o druh krátkodobé pracovní rehabilitace v přirozených podmínkách. Klienti pracují na zkrácený úvazek po omezenou dobu, obvykle půlroční, na běžných pracovních místech. Tato pracovní místa obvykle nevyžadují odbornou kvalifikaci (nejčastěji pomocné administrativní práce, úklid). Klientovi je poskytována průběžná podpora, je finančně odměňován a po ukončení programu by měl být schopen nastoupit do běžného či podporovaného zaměstnání.

Podporované zaměstnání

Probíhá jako placená práce v běžných podmínkách za souběžné podpory asistenta, který podporuje jak klienta, tak zaměstnavatele. Má za cíl poskytovat práci na běžném trhu, na pozici, kterou si vybere sám klient a za takové míry podpory, kterou klient právě potřebuje.

Job cluby

Zabývají se edukací, která spočívá v tom, že učí klienty jak teoreticky, tak prakticky jak a kde najít zaměstnání. Dávají rady v konkrétních věcech, které souvisí s hledáním práce, jako je sepsání životopisu, absolvování pohovoru, prvního dne

v zaměstnání. Seznamují klienty s jejich právy a povinnostmi z oblasti pracovního práva.³⁸

Sociální firma

Vachková popisuje jako malý, komunitně orientovaný podnik, kde pracují jak zdraví, tak nemocní lidé. Klienti jsou zde placeni jako zaměstnanci a mají možnost si vyzkoušet běžné profese v běžném pracovním prostředí.³⁹

Tréninkové kavárny

Jedná se o kavárny otevřené pro širokou veřejnost. Klienti vykonávají různorodou práci na pozicích barmanů, číšníků, pomocníků v kuchyni, nebo zajišťují úklid, roznos letáků. Vše je za podpory terapeutů. Nároky a požadavky na klienta se postupně zvyšují, práce začíná postupně od nejjednodušších až po ty nejnáročnější úkoly. Klient se zdokonaluje jak po manuální, tak i komunikační a sociální stránce.⁴⁰

4.2 Oblast vzdělávání

Tato oblast je velmi důležitá. U velké většiny nemocných spadá počátek duševní nemoci do období studia. Nedokončené vzdělání, chybějící praxe a nedostatek zkušeností bývají problémem pro další pracovní kariéru a uplatnění se na trhu práce.

Podporované vzdělávání

Nabízí programy určené lidem s duševním onemocněním, kteří by rádi začali studovat, chtějí se ke studiu vrátit nebo již studují, ale potřebují k tomu určitou podporu.

³⁸ PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 115-121. ISBN 978-80-7387-253-3.

³⁹ VACHKOVÁ, L. Sociální rehabilitační programy pro duševně nemocné. [online]. [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: http://psychiatriapreparax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3243&magazine_id=2

⁴⁰ Greendoors: naše služby. [online]. [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: http://www.greendoors.cz/nase_sluzby

Kromě studentů samotných nabízí tyto programy podporu, spolupráci, workshopy rodinám nemocných, ale také pedagogům a široké veřejnosti.⁴¹

Bankovská a Španiel uvádějí tyto možnosti vzdělávání:

Psychoedukace

Psychoedukace hraje v léčbě psychotických onemocnění zásadní roli. Jde o systematické, didaktické informace předané nemocným a jejich blízkým o nemoci, významu medikace, možnosti rozpoznat hrozící relaps. Informace se týkají také škodlivosti chronického stresu a nezdravých životních návyků. Právě dostatek správných informací o schizofrenii zlepšuje ve výsledku prognózu onemocnění. Ukázalo se, že zásadní vliv na léčbu nemocného má zapojení rodinných příslušníků do psychoedukace, protože se odhaduje, že až 80% nemocných žije buď v přímém, nebo pravidelném kontaktu s příbuznými. Nemoc klade na pečující osoby značné nároky, pokud se příbuzní cítí bezmocní, vyhořelí a ignorovaní, vytváří bezděky chronické stresující prostředí, v němž je vyšší riziko relapsu nemoci.

Nácvik komunikace

Je součástí komplexního psychoedukačního programu. Zaměřuje se na komunikaci v rodině. Účastníci se učí zvládat své nadměrně vyjadřované emoce, efektivně naslouchat, více chválit, řešit problémy.

Klinické koučování

Jde o techniku, kterou se terapeut – kouč snaží nemocného navést ke změně postoje k nemoci a léčbě formou individualizované, systematické didaktické informace, šité konkrétnímu pacientovi na míru.

Edukační programy pro dobré zdraví

Jsou to skupinové edukační programy formou odpoledních kurzů nebo jako součást rehabilitačního programu denních stacionářů. Zaměřují se na obezitu, redukcii hmotnosti a zlepšení životního stylu, protože mnoho nemocných následkem vedlejších účinků léčby trpí nadváhou. Součástí programu je i prevence některých somatických

⁴¹ Portál podporovaného vzdělávání: Myslím, blázním, tedy jsem!. [online]. [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: http://normalnestuduju.cz/download_pk.htm

onemocnění, měření krevního tlaku, pulsů. Poskytují se návody, jak se zbavit zlovyků jako třeba kouření, nebo jak využít vaření jako rehabilitační metodu.

Nácvik sociálních dovedností a trénink komunikace

Týká se sociálních dovedností, mezilidských vztahů a komunikace. Lidé s psychózou trpí nedostatkem sebedůvěry, trpí nedůvěrou k okolí a ostychem. Nácvik se zaměřuje na konverzaci, asertivní komunikaci, získání dovednosti o něco požádat nebo naopak odmítnout. Trénují se různé situace a to jak se zachovat, co říci. Cílem je, aby pak člověk v nepříjemných či složitých situacích obstál bez stresu a úzkosti.

Trénink kognitivních funkcí

Zaměřuje se na paměť, pozornost, schopnost plánovat, schopnost pružně reagovat a řešit problémy. Tyto funkce psychotické onemocnění oslabuje. Trénink je možné provádět podle náročnosti od hraní jednoduchých společenských her až po složitější počítačový program.

Kognitivně-behaviorální terapie

Tato metoda pomáhá nemocnému se vyrovnat s přetrvávajícími psychotickými symptomy, vyrovnat se s depresí či obtížemi v mezilidské komunikaci. Učí nemocné racionálně a konstruktivně uvažovat.⁴²

4.3 Oblast bydlení

Mít svůj domov, své bydlení patří dle Pěče k nezákladnějším lidským potřebám a přináší každému člověku pocity jistoty, zázemí, stability, bezpečí a soukromí. A právě absence těchto pocitů často brání úzdravě lidí s duševním onemocněním. Cílem rehabilitace v oblasti bydlení je umožnit těmto lidem i přes jejich omezení samostatně a nezávisle bydlet v prostředí, které podporuje jejich proces úzdravy a které splňuje jejich vlastní představy. Mezi nejčastější oblasti, na které se podpora v bydlení zaměřuje, patří udržování a vedení domácnosti, nákupy a hospodaření s penězi, trávení volného času,

⁴² BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2013, s. 68. ISBN 978-80-204-2993-3.

jednání s úřady, vyhledávání a využívání veřejných služeb, odpovědnost za roli nájemníka a souseda, prevence relapsu onemocnění.

Chráněné bydlení

Jde o klasické byty v běžné zástavbě, s různou škálou sociální podpory. Počínaje kolektivním bydlením, kde asistent poskytuje 24 hodinový dohled, až po samostatné bydlení s minimálním či občasným dohledem. Cílem je návrat klienta do vlastního bytu. Pro řadu klientů, kteří za sebou mají opakované a dlouhodobé hospitalizace je tato forma bydlení šancí, jak fungovat mimo psychiatrická zařízení. V zařízení tohoto typu se program zaměřuje především na sociální učení a nácvik sociálních dovedností.

Komunitní bydlení

Jde o skupinové kolektivní bydlení s intenzivní podporou personálu. Bydlení je buď v bytech běžné zástavby, nebo i ve zvláštních domech. Klienti se učí jeden od druhého a vzájemně se podporují. Podpora je zaměřená na učení se dovednostem každodenního života.

Podporované bydlení

Klient bydlí ve vlastním bytě, žije v běžné populaci a je mu na základě jeho potřeb poskytována individuální podpora v podobě nácviků v samostatném fungování jeho domácnosti.⁴³

4.4 Oblast sociální

Sociální kontakty a volný čas

Jedním z následků duševního onemocnění je zhroucení sociálních rolí, kdy zůstává jen role pacienta. Lidé ztrácí své původní zázemí a sociální dovednosti a dostávají se do začarovaného kruhu, kdy mají velmi omezenou sociální síť, a zároveň

⁴³ PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 122-128. ISBN 978-80-7387-253-3.

problém s komunikací a navázáním i udržením nových kontaktů. V rámci služeb nabízí podporu v sociálních kontaktech sociální pracovníci a terapeuti, někdy i dobrovolníci. Dle Pěče tuto rehabilitaci nemusí zákonitě poskytnout nemocnému jen služba, ale přirozenou podporu lze hledat v rodině, u přátel, spolupacientů i v širším edukovaném okolí. Nemocní potřebují emocionální podporu, nácvik sociálních rolí, obnovu komunikace s vnějším světem, podporu samostatnosti a nezávislosti.⁴⁴

V náplni volného času lidem s duševním onemocněním dle Matouška brání spousta překážek. Často žijí velmi izolovaně, mají potíže s komunikací a nízkou sebedůvěru, jsou neobratní, nápadní v chování vlivem symptomů nemoci nebo vedlejšími účinky léků. Podstatná je i finanční situace, dosažitelnost míst veřejnou dopravou, strach z neznáma a nových situací či ze stigmatizace. Mezi nejčastější specializované služby u nás patří centra denních aktivit (nejčastěji v rámci komunitní péče) a svépomocné aktivity klientů tzv. svépomocné skupiny (u nás nejznámější např. sdružení rodičů Sympathea, poradenské centrum VIDA nebo občanské sdružení Kolumbus). Nabízí praktickou podporu, informace, rady, jazykové kurzy, kurzy vaření, oslavy, výlety, letní pobyty, zájezdy.

Rodina

Duševní nemoc nezasahuje jen do života nemocného, ale zcela zásadně i do života jeho rodiny a všech blízkých. Přitom rodina je hlavním a často i jediným zdrojem podpory nemocného. Často je nutné se o nemocného člena rodiny starat, snižují se příjmy a naopak rostou výdaje rodiny. Součástí komplexní psychosociální rehabilitace je proto práce s klientovou rodinou a jeho sociální sítí. Je prokázáno, že podpora rodiny má pozitivní vliv na průběh choroby duševně nemocného. Jejím cílem je řešit potřeby celé rodiny, radit, jak zvládat projevy nemoci, informovat, jak se chovat v krizových situacích, udržovat dobrou komunikaci, snižovat stres v rodině při dlouhodobé zátěži. U rodinných příslušníků se často objevují pocity strachu, studu, úzkosti, zlosti, neustálého dohledu nad nemocným a naopak opomíjení ostatních členů rodiny např. sourozenců.⁴⁵

⁴⁴ PĚČ, O. et al. Psychiatrická rehabilitace. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 128-129. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁴⁵ MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 144-151. ISBN 80-736-7002-X.

Savenje popisuje psychoedukační programy pro jednotlivé rodiny nebo rovněž rodinné skupiny, které mají za úkol podporovat členy rodiny psychiatricky nemocných. Mezi hlavní témata patří informovanost o nemoci, komunikace v rodině, sdílení emocí, řešení problémů, obnovení společenských vztahů, jednání s profesionály – zdravotníky, zaměření se na silné stránky rodiny.⁴⁶

⁴⁶ SAVENJE, A. Rodina a psychiatrické onemocnění. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 199-206. ISBN 978-80-7387-253-3.

5 CASE MANAGEMENT

V Čechách se též používá název případové vedení. Jedná se o metodu práce, jejímž cílem je koordinace jednotlivých služeb, které jsou zároveň přizpůsobeny potřebám jednotlivých klientů. V řadě zemí se vytváření týmů poskytujících case management, stalo klíčovým v péči o duševně nemocné. Poprvé se tato metoda práce objevila v 60. letech 20. století, kdy v důsledku snižování psychiatrických lůžek a omezení institucionální péče došlo k přenesení péče do komunitních služeb. Bylo tak potřeba zajistit, aby komunita dokázala poskytnout odpovídající komplexní péči a zároveň aktivně vyhledávala klienty, kteří pomoc akutně potřebují.

První pokusy zavést case management u nás, byly financovány z holandského grantu MATRA a jsou z roku 1995. V současné době u nás existuje 35 týmů poskytujících case management a jsou bez výjimky poskytovány nestátními neziskovými organizacemi. Ideální a charakteristickou formou pro case management je multidisciplinární tým složený ze sociálních pracovníků, ergoterapeutů, pracovních konzultantů, psychiatrů, psychologů, rodinných terapeutů, zdravotních sester. Velkým trendem a přínosem v týmu je v poslední době i člověk s vlastní zkušeností.

Podle Mahrové a Venglářové můžeme case management zjednodušeně chápat jako metodu komunitní péče, která spočívá v koordinaci péče a služeb pro klienta jedním klíčovým pracovníkem. Case manager je pro klienta i celý systém poskytovaných služeb klíčovou osobou, je koordinátorem práce týmu, vytváří, aktualizuje a provádí plán péče. Jeho úkolem je zajistit, aby klient využíval pro něj vhodné a potřebné služby. Case manager zároveň zajišťuje, aby jednotlivé složky systému navzájem spolupracovaly a informovaly se.⁴⁷

Neexistuje jednoduchá definice, proto je case management dle Stuchlíka definován svými základními prvky takto:

- *„přehled o potřebách a schopnostech klienta,*
- *plánování péče, plán obsahuje jasně definované cíle,*

⁴⁷ MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 134. ISBN 978-802-4721-385.

- *uskutečňování plánu za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,*
- *monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku,*
- *vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci podílejí*⁴⁸.

5.1 Hlavní zásady case managementu

Stuchlík definoval 6 hlavních zásad case managementu, které vymezují jeho základní přístupy.

- Case management se zaměřuje na silné stránky klienta více než na symptomy nemoci. Diagnóza má stigmatizující účinek a nemusí vypovídat o skutečných schopnostech klienta a často brání klientovi a jeho blízkým se zapojit do rehabilitačního procesu.
- Zásadní je vztah klienta a case managera, vybudovaný na základu partnerství, nikoliv pasivního přijímání pomoci klientem. Platí, že čím více je tento vztah na úrovni partnerství, tím více odpovídá skutečným potřebám klienta.
- Všechny intervence respektují a berou v úvahu klientovo přání. Je nutné předcházet situacím, kdy case manager rozhoduje za klienta v rozporu s jeho přáním. Jedinou výjimkou jsou situace, kdy je klient nebezpečný sobě nebo okolí.
- Přístup case managera musí být asertivní. Je nutné mít dobrý přehled o aktuální situaci klienta. I když klient aktuálně o pomoc nežádá, neznamená to, že žádnou pomoc nepotřebuje.
- Case manager je klientovi zdrojem podpory a optimismu. Posiluje systematicky klientovu víru ve zlepšení. I lidé s vážným a dlouhodobým duševním onemocněním se mohou měnit, učit i zlepšovat.

⁴⁸ STUHLÍK, J. *Asertivní a komunitní léčba: Case management*. 1. vyd. Praha: Fokus Books, 2001, s. 9.

- Dalším a stejně důležitým zdrojem podpory je komunita. Je nutné využít především přirozené zdroje z klientova okolí, najít klientovi zaměstnání, přátele, koníčky.⁴⁹

5.2 Fáze práce s klientem

Jako má psychosociální rehabilitace své fáze mapování potřeb, stanovení cíle (krátko i dlouhodobého), plán intervencí, realizování plánu a hodnocení výsledků, má své fáze i práce case managera s klientem. Stuchlík k jednotlivým fázím uvádí následující.

Navázání kontaktu a budování vztahu je tou nejdůležitější klíčovou fází, protože se prolíná v celém průběhu spolupráce a má zásadní vliv na její úspěšnost. Často prvotní zakázka ani nepřichází od samotného klienta, nejčastěji od rodiny či lékaře. Case manager musí získat důvěru klienta, vysvětlit svou roli a dobře nabídnout pomoc a služby, které může poskytnout.

Mapování potřeb klienta je trvalou součástí práce s klientem, které je založeno na přímém pozorování a rozhovorech s klientem a jeho blízkými. Lze využít formu dotazníku či strukturovaného interview. Cílem je získat přesný přehled o aktuální situaci klienta, jeho skutečných potřebách a schopnostech, jeho sociálním prostředí, včetně jeho blízkých osob. Zahrnuty jsou všechny nejdůležitější oblasti klientova života jako sebeobsluha, každodenní aktivity, fyzické i duševní zdraví, bydlení, finance, schopnosti, dovednosti a styl života, sociální síť. Též je nutné mít přehled o potřebách, přáních a požadavcích klienta, možném riziku, omezeních.

Stanovení cílů se týká především kvality života klienta. Klient chce zpravidla něco získat, něčeho dosáhnout (najít přátele, najít zaměstnání). Jeho cílem může být i něco zásadně změnit (osamostatnit se od rodičů, rozejít se s partnerem) nebo jen udržet současný stav (nepřijít o práci či bydlení).

⁴⁹ STUHLÍK, J. Aserktivní a komunitní léčba: Case management. 1. vyd. Praha: Fokus Books, 2001, s. 17.

Plánování definuje a časově vymezuje jednotlivé kroky vedoucí k vytyčenému cíli. Rehabilitační plán může být i písemný, pokud to není pro klienta překážkou a obsahuje předem stanovené termíny, kdy bude zhodnocen nebo upraven.

Realizace plánu spočívá v jednotlivých intervencích, které mohou být zaměřené na klienta (trénink dovedností, individuální terapie) nebo na prostředí klienta (práce s rodinou, rozšiřování sociálního zázemí, spolupráce s dalšími poskytovateli služeb) nebo na klienta a prostředí zároveň (rodinná terapie, krizová intervence).

Hodnocení výsledků probíhá vždy společně s klientem, klient má v něm rozhodující úlohu. Kriteria hodnocení jsou součástí rehabilitačního plánu, výsledkem dohody case managera a klienta.

Ukončení služby je možné pro období, kdy klient žádný problém nemá. Platí vždy zásadní pravidlo ponechání otevřených dveří pro možné využití služby v budoucnu. Často se používá přechodného období, kdy se ověřuje, zda klient skutečně žádnou podporu nepotřebuje.⁵⁰

⁵⁰ STUHLÍK, J. Case management. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 139-152. ISBN 978-80-7387-253-3.

6 ORGANIZACE FOKUS MLADÁ BOLESLAV

Popis organizace, cíle, poslání

Sdružení Fokus je nestátní nezisková organizace humanitárního charakteru. Sdružení vzniklo jako jedno z prvních tohoto druhu již v roce 1990 v Praze a následně se rozšířilo do regionů Mladá Boleslav, Liberec, Ústí nad Labem, Vysočina, Turnov, Písek, Tábor a Opava. Prostředky na svou činnost získává ze státních dotací, grantů, sponzorských darů a výnosů některých pracovních-rehabilitačních programů.

Fokus Mladá Boleslav vznikl v roce 1992. Za více než 20 let působení prošlo sdružení řadou změn a v současnosti poskytuje sociální služby dlouhodobě vážně duševně nemocným v regionech Mladoboleslavsko, Nymbursko, Kolínsko a Karlovarsko.

Posláním je poskytovat komplexní služby, které označujeme jako komplexní psychiatrická rehabilitace. Cílem výše zmíněné rehabilitace je zvýšit kvalitu života klientů, zvýšit jejich nezávislost a snížit potřeby psychiatrické hospitalizace. Veškeré služby se poskytují na základě dobrovolného rozhodnutí klienta.⁵¹

6.1 Popis poskytovaných služeb

Všechny poskytované služby jsou rozděleny a registrovány na základě zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. V souhrnu se jedná o tyto služby:

Tým terénní sociální rehabilitace – case management

Nazývá se také případové vedení. Pracovníci case managementu jsou prvními, s kým se klient při vstupu do služeb Fokusu setkává. Představují klientovi jednotlivé služby sdružení. Klient po dohodě v týmu získá svého klíčového pracovníka, ten pak provádí mapování potřeb klienta, tvoří s klientem krátkodobý i dlouhodobý rehabilitační

⁵¹ Fokus Mladá Boleslav: sdružení pro péči o duševně nemocné [online]. [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: <http://www.fokus-mb.cz/>

plán, který popisuje, jakými aktivitami se bude následná spolupráce zabývat a po celou dobu spolupráce je s klientem v kontaktu.

Škálu služeb, které case manager může klientům poskytovat lze rozdělit do několika oblastí:

Základní životní dovednosti

- asistence case managera a nácvik nákupů potravin, oblečení, léků, drogerie
- nácvik vaření
- asistence case managera a nácvik při cestování vlakem, autobusem
- nácvik činností souvisejících s péčí o domácnost, úklid, praní prádla

Rodina, rodinné vztahy

- individuální edukace rodinných příslušníků
- zprostředkování služeb a poradenství rodinným příslušníkům
- rodinná terapie
- podpurná skupinová setkání rodinných příslušníků klientů

Práce

- pomoc při hledání konkrétního zaměstnání, brigády
- poradenství související s hledáním zaměstnání (sepsání životopisu, vytvoření e-mailové adresy)
- poradenství, asistence při evidenci na Úřadech práce
- pomoc při řešení konfliktů na pracovišti

Bydlení

- pomoc s hledáním vhodného bydlení
- pomoc při uzavírání smluv
- asistence při zařizování domácnosti, placení účtů
- trénink a nácvik dovedností potřebných k samostatnému bydlení

Finance

- finanční management, plánování rozpočtu, kontrola hospodaření s penězi
- poradenství související s řešením finančních problémů, dluhů
- poradenství, asistence při založení účtu, ovládání účtu

Jednání s úřady

- asistence při jednání na úřadech, pomoc s vyplněním formulářů, žádostí, smluv
- konzultace v dávkové problematice
- poradenství nebo asistence při vyřizování žádosti o invalidní důchod nebo při přezkoumání invalidity

Zdraví

- psychoedukace klienta (nemoc, léčba, vedlejší účinky léků, rozpoznání příznaků relapsu)
- edukace v oblasti partnerských vztahů (sexualita, antikoncepce, těhotenství)
- zajištění pravidelných návštěv lékaře, doprovod k lékaři
- poradenství ohledně zdravotnických zařízení, odborných ordinací, výběru lékaře

Medikace

- edukace o medikaci, vedlejších účincích
- kontrola, dohled nad pravidelným užíváním léků

Zprostředkování služeb

- zdravotních (psychiatr, obvodní lékař, nemocniční péče, psycholog)
- sociálních (pečovatelská služba, osobní asistence)
- právní pomoc

Krizová intervence

- krizová telefonní linka fungující 24 hodin denně
- doprovod, odvoz k lékaři, do zdravotnického zařízení v akutních případech

- tvorba krizového plánu (plán vytvořený společně s klientem na základě jeho představ a přání, upraven postup řešení akutní situace)

Centra sociální rehabilitace

Nabízí komplexní rehabilitační program, jehož cílem je snížit sociální izolaci, navázat kontakty, zvládat denní rytmus a naučit se jak trávit volný čas. Klientům jsou nabízeny pracovní-rehabilitační programy (práce s keramikou, pletení košíků, šití, výroba šperků, výroba dekorací), nácviky dovedností (vaření, úklid), volnočasové aktivity (výlety, procházky, kulturní a sportovní akce).

Sociálně terapeutické dílny

Jde o chráněná pracoviště. Příkladem jsou knihařská dílna, šicí dílna, potravinářská výroba (koláče, bagety) a kavárny. Cílem je získat pracovní návyky, zkušenosti, sebedůvěru a tím připravit klienty na práci mimo chráněné prostředí.

Chráněné bydlení

Služba zaměřená na klienty, kteří ztratili dlouhodobým pobytem v psychiatrické léčebně dovednosti potřebné k samostatnému bydlení, anebo klienty, kteří žijí či doposud žili s rodiči a neměli tak možnost si osvojit návyky potřebné pro samostatné bydlení. Cílem po absolvování této služby je schopnost žít a fungovat samostatně v nechráněném prostředí. Klientům je v tréninkovém bydlení poskytována podpora, nácviky.

Tým sociální rehabilitace – podporované zaměstnávání

Služba pro klienty, kteří chtějí získat a udržet si zaměstnání v běžném pracovním prostředí, ale potřebují k tomu individuální průběžnou podporu od pracovníka přímo v pracovním prostředí.

Program podpory samostatného bydlení

Určen klientům, kteří mají dlouhodobě problém s bydlením ve vlastním bytě.⁵²

⁵² Fokus Mladá Boleslav: sdružení pro péči o duševně nemocné [online]. [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: <http://www.fokus-mb.cz/>

7 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Součástí práce jsou 2 podrobné případové studie klientek sdružení Fokus Mladá Boleslav. Obě ženy mají diagnózu paranoidní schizofrenie a využívají služeb terénního týmu, centra sociální rehabilitace, skupinové a individuální psychoterapie. Jedna z klientek také využívá chráněného bydlení. Kazuistika obsahuje základní údaje, zdravotní, osobní a sociální anamnézu a podrobný popis spolupráce (včetně individuálního rehabilitačního plánu, jeho hodnocení a revize). Důvodem rozsáhlého zpětného pohledu je ukázat, že psychosociální rehabilitace je dlouhodobý proces. Pokroky a změny jsou vidět v širším časovém horizontu. Často je nutné v průběhu spolupráce měnit podle aktuálních potřeb klienta jednotlivé dílčí cíle nebo je vracet zpět na počátek.

7.1 Případová studie Iva

Základní údaje

Klientka 28 let, svobodná, bezdětná. Paranoidní schizofrenie diagnostikována v roce 2010. Se sdružením spolupracuje od roku 2011. Využívá služeb terénního týmu, centra sociální rehabilitace, chráněného bydlení, skupinové a individuální psychoterapie.

Zdravotní anamnéza

Ivě byl ve 2 letech diagnostikován karcinom ledviny, ledvina jí byla odoperována, podstoupila onkologickou léčbu a až do svých 18 let byla pravidelně sledována na onkologii. První příznaky duševního onemocnění začala pociťovat ve věku 15 let. Měla deprese, cítila se jiná než vrstevníci, ale nikomu se nesvěřila. Další problém nastal u maturity, kterou zvládla jen velmi obtížně, nebyla schopna se učit a látku si zapamatovat. Již na střední škole se začala věnovat esoterice, duchovnu, jezdila na různé duchovní semináře a meditace. To dnes vidí jako jeden z hlavních spouštěčů nemoci. Vlivem plíživých příznaků nemoci vznikaly později problémy v zaměstnání,

nebyla schopna se soustředit, v noci nespala, nejedla. Začala se sebepoškozovat, nejprve na rukou, postupně na celém těle. Přidaly se hlasy, halucinace a pocity pronásledování, odposlouchávání. Myslela si, že jí odposlouchávají telefon, proto nikomu nevolala. Měla pocit, že jí ostatní berou z hlavy myšlenky. Když zahlédla něco v televizi, myslela si, že je pořad o ní nebo o její rodině. V hlavě měla neustálý tok myšlenek. Výrazně zhubla, prvotně si rodiče mysleli, že má anorexii nebo bere drogy, proto jí nutili jít k lékaři. U psychiatra byla poprvé v 25 letech. Krátce na to byla v roce 2010 poprvé hospitalizována v psychiatrické léčebně a byla jí diagnostikována paranoidní schizofrenie. Další 2 hospitalizace následovaly v roce 2011 a v roce 2012.

Osobní anamnéza

Iva bydlela s rodiči na venkově, od léta 2011 bydlí samostatně v chráněném bytě sdružení Fokus ve městě, což byl vždy její sen a připravuje se na samostatné bydlení. Vystudovala střední grafickou školu a po maturitě pracovala necelé dva roky jako prodavačka. Vzhledem k problémům v zaměstnání, kdy byla nesoustředěná a chodila pozdě, vystřídala několik míst. Pak již kvůli přibývajícím obtížím nezvládla pracovat nikde. Ležela celé dny doma, s nikým nekomunikovala, úplně se izolovala od okolního světa.

Rodinná anamnéza

Iva je nejstarší ze tří dětí. Rodiče žijí na venkově, kde podnikají. Oba jsou vysokoškolsky vzdělání. Mladší bratr žije ve stejném městě a s Ivou se vídá velmi často, je jí velkou oporou. Nejmladší sestra studuje vysokou školu, vídají se sporadicky. S rodinou se Iva pravidelně stýká, nejbližší vztah má s matkou. S otcem je vztah komplikovaný, otec dříve hodně pil, Ivu vždy prý jen káral a nechválil. Neuznával její zájmy a koníčky (ochotnické divadlo, malování), protěžoval bratra, který se věnuje sportu.

Sociální anamnéza

Iva pobírá invalidní důchod 2. stupně, ale po uhrazení nákladů na samostatné bydlení není finančně soběstačná. Rodiče jí každý měsíc poskytují finanční podporu. Při vstupu do služeb sdružení Fokus, se klientka stýkala pouze s rodinou, chyběly jí sociální kontakty. V současné době navázala vztahy s ostatními klienty sdružení, dále se

občasně stýká převážně s bývalými spolu-pacienty z léčebny. V současnosti má přítele, se kterým se vídá 1x týdně, do budoucna plánují společné bydlení.

Sociální problém při vstupu do služeb

Iva přichází do služeb po ukončení své druhé hospitalizace v léčebně s potřebou navázat sociální kontakty, nastavit režim dne a naplánovat denní aktivity. Chce se zapojit do pracovní terapie a volnočasových aktivit. Nutná je terapeutická opora při vyrovnání se s nemocí, edukace klientky i rodiny.

Průběh spolupráce a individuální plán

Při zahájení spolupráce bydlela Iva u rodičů na venkově a aktivity jí plánovala matka. Chodila 1x týdně jezdit na koni a cvičit. Její zakázkou bylo navázat sociální kontakty a získat přátele. V léčebně se naučila plést košíky z pedigu, ráda by se v tom zdokonalila. Do budoucna by chtěla mít svůj malý byt a osamostatnit se od rodičů. Také by si ráda našla nějakou práci, zpočátku by stačila brigáda.

Potřeby

- přijetí nemoci a jejích projevů, edukace a podpora,
- edukace rodiny,
- nastavení struktury dne a plánování aktivit,
- zajištění sociálního kontaktu,
- zajištění volnočasových aktivit a pracovní terapie.

Individuální rehabilitační plán č. 1

S Ivou byl sestaven první rehabilitační plán. Kvůli omezeným výdajům za cestovné a náročnosti bude dojíždět do centra sociální rehabilitace (dále jen CSR) 2x týdně. Jako krátkodobé cíle si stanovila Iva pravidelné docházení do centra, navázání sociálních kontaktů a účast na akcích pořádaných centrem. Dále se chce zdokonalit v pletení košíků, které by ráda časem prodávala a dodávala do obchodů. Chtěla by mít také své webové stránky. Ráda by chodila pravidelně plavat a cvičit, z důvodu nárůstu

tělesné hmotnosti z 55 kg na 70 kg. Dlouhodobým cílem je osamostatnit se od rodičů a najít nějakou brigádu.

Plnění stanovených cílů

Ivě se daří plnit plán ve smyslu dojíždění do rehabilitačního centra 2x týdně. Pravidelně se také schází se svým case managerem (dále jen CM). V CSR se podílí na aktivitách, plete košíky, podařilo se jí i několik košů úspěšně prodat. Z vlastní iniciativy se naučila vyšívat a chodit v CSR na kurz cizího jazyka. Je komunikativní, rychle se seznámila s ostatními klienty. Pravidelně si zapisuje své myšlenky. Ve dnech, kdy nejezdí do CSR je doma a nudí se, musí se přemáhat, aby den neproležela v posteli. Na koně již nejezdí, snaží se chodit cvičit 1x týdně zumbu. Společně s CM proběhla opakovaná edukace rodičů a bratra klientky na téma nemoci, příznaků, vedlejších účinků léků, nastavení režimu dne a komunikace s klientkou.

Revize rehabilitačního plánu č. 1

Ivě byla při hodnocení plánu nabídnuta možnost chráněného bydlení, s čímž nadšeně souhlasila. Z tohoto důvodu nově přidány do plánu nácviky vaření, nakupování a hospodaření s penězi. Proběhla také společná schůzka s rodiči, kterým bylo představeno tréninkové bydlení. Zároveň klientka projevila zájem o tréninkové místo (úklid prostor) v rámci sdružení. Iva se stále věnuje pletení košíků, zúčastnila se kurzu, kde se naučila nové techniky pletení, s kterými pak seznámila ostatní klienty i terapeutky CSR. Pořídila si své webové stránky, kam fotí své výrobky. Ráda by získala klientelu a pletla na zakázku. Kromě popsaných úspěchů klientky se objevuje problém s její přílišnou aktivitou, velkým množstvím zájmů a aktivit. Neumí si věci naplánovat a přidělit jim důležitost. Vše končí tím, že se snaží zvládat vše, ale na úkor kvality a nedokončí pořádně žádnou z činností. To pak způsobuje stres a smutek z neuskutečněných plánů. Klientka začala také využívat služeb individuální a skupinové psychoterapie v rámci sdružení.

Individuální plán č. 2

Iva nastoupila od srpna 2012 do tréninkového bydlení a zároveň začala chodit pravidelně 1x týdně uklízet. Mimo to docházela 2x týdně do CSR. Se svým CM si do plánu stanovila nácviky vaření, nákupy a především finanční management. Společné nácviky se také týkaly péče o domácnost a praní prádla. Po přestěhování od rodičů se

ukázalo, že Iva nezná hodnotu peněz, neumí se omezit a něco si odřící, je zvyklá mít od rodičů neustálou finanční podporu. V obchodě měla při nákupu problém porovnat ceny výrobků, vybrat zboží podle přijatelné ceny. Chová se zbrkle, většinou koupila hned první věc, kterou viděla. Vždy 1x týdně byl tvořen plán aktivit, jehož plnění bylo pravidelně hodnoceno s CM.

Revize rehabilitačního plánu č. 2

Po 2 měsících samostatného bydlení došlo ke zhoršení stavu. CM i terapeuti pociťovali, že se Iva uzavírá do sebe, přestává komunikovat. Svému CM se nakonec svěřila, že sama cítí, že se něco děje. Měla děsivé sny a neudržitelný tok myšlenek. Hodně času trávila přemýšlením, přestala plnit některé aktivity z plánu činností. Měla také představy, které si spojovala s věcmi, které se udály v minulosti. Znovu se začala zajímat o duchovno. Šlo o alarmující příznaky relapsu nemoci. Iva však odmítala návštěvu psychiatra, nechtěla, aby jí byla navýšena medikace z důvodu vedlejších účinků léků. Chtěla naopak medikaci postupně snižovat, hlavně kvůli narůstající tělesné hmotnosti (80 kg) a také emoční oploštělosti, nešlo se radovat, nešlo jí plakat. Klientka souhlasila alespoň s konzultací se spolupracujícím psychiatrem sdružení a vyhledala psychologa. Iva byla v denním kontaktu se svým CM, bohužel se stav i nadále zhoršoval a klientka postupně ztrácela náhled na svou nemoc. Uzavřela se ve svém bytě, odmítala kamkoliv vyjít, telefonovat i s kýmkoliv hovořit, byla zpomalená, objevily se zárazy myšlení. Další postup byl dle předem vypracovaného krizového plánu, který klientka v době remise se svým CM vypracovala. Proto pracovník kontaktoval rodiče klientky a jejího ambulantního lékaře a byl domluven převoz do psychiatrické léčebny. Tato hospitalizace nakonec trvala 4 měsíce, po celou dobu byl CM s Ivou v kontaktu a opakovaně jí v léčebně navštívil.

Individuální rehabilitační plán č. 3

Po propuštění z léčebny v únoru 2013 se Iva vrátila zpět do tréninkového bytu. Byl vytvořen individuální plán. Iva znovu projevila zájem o nácviky vaření, nákupů a prací souvisejících s chodem domácnosti. Každý týden byl tvořen plán aktivit, vždy pouze s jednou činností, jelikož klientka sama přiznala, že na více se díky velké únavě necítí. Znovu začala docházet 2x týdně do CSR a také na úklid prostor. Trápí ji zvyšující se tělesná váha (90 kg) a ráda by znovu začala cvičit. Začne také znovu chodit

na individuální i skupinové terapie v rámci sdružení. Rodiče – matka začala docházet na pravidelné podpůrné a edukační setkání rodičů a příbuzných lidí trpících duševní nemocí, pořádané 1x měsíčně v rámci sdružení.

Revize rehabilitačního plánu č. 3

Ivě se po několika měsících podařilo znovu zapojit do aktivit v CSR. Začala se zase věnovat pletení košíků. V domácnosti je nutná stále podpora CM, hlavně s úklidem má klientka problém, věci provádí rychle a nedbale. Trvají proto nácviky jednotlivých činností. Zvládne si však již sama připravit jednoduché pokrmy nebo svačinu. Začala se věnovat své staré zálibě – fotografování, a za podpory CM uspořádala malou výstavu svých fotografií. V čem se zatím nedaří úspěšně pokročit, je snižování tělesné hmotnosti, váha stále narůstá (106 kg), což Ivu trápí. Zkusila cvičení, ale nemá žádnou fyzickou kondici, byla vždy následně několik dní velmi unavená. S CM byl následně sestaven dietní plán, zaměřený hlavně na omezení sladkostí a pohyb formou procházek. Iva má také problém s rovnoměrným plánováním aktivit, jsou dny, kdy se nezastaví a aktivit má hodně, to způsobí únavu a následující dny jen proleží. Schází se každý týden se svým CM, plány aktivit společně hodnotí, snaží se je plánovat rovnoměrně.

Zhodnocení

Na případě Ivy je vidět zdoluhavý rehabilitační proces, jednotlivé krůčky vpřed i vzad a postupný posun směrem k osamostatnění klientky. Díky CSR se Iva zdokonalila v pletení košíků, našla v této činnosti potenciál pro svůj rozvoj. Iva postupně zvládla i přes počáteční krizi samostatné bydlení, díky podpoře CM a nácvikům je schopna pečovat v rámci svých možností o sebe i domácnost. Díky terapiím se učí pracovat se svými myšlenkami, poznávat na sobě, kdy dochází ke zhoršení projevů nemoci a ví, jak má s těmito stavy pracovat a na koho se může v takovéto chvíli obrátit. Získala také nové sociální kontakty, stýká se s ostatními klienty mimo sdružení, navázala i kontakty s lidmi bez zkušeností s nemocí a našla si přítele, se kterým plánuje po ukončení tréninkového bydlení bydlet. Přesto má před sebou ještě dlouhou cestu, jejím snem je mít rodinu.

7.2 Případová studie Hedvika

Základní údaje

Klientka 42 let, vdaná, 2 děti nižšího školního věku. Paranoidní schizofrenie diagnostikována před 3 lety. Se sdružením spolupracuje od roku 2010, využívá služeb terénního týmu, centra sociální rehabilitace, skupinové psychoterapie.

Zdravotní anamnéza

Počátky nemoci již v mládí, prvotně se objevily obsedantně kompulzivní poruchy (např. v městské hromadné dopravě paralyzována a neschopna pohybu, nutkavá kontrola vypnuté vody, plynu při odchodu z domova, opakované vracení se zpět). V mládí se klientka nechtěla léčit, ani brát léky. Prvně byla u psychiatra až v roce 2010 pro deprese a úzkostné projevy. Poté se stav zhoršil a ještě téhož roku byla Hedvika hospitalizována v psychiatrické léčebně a byla jí nejprve diagnostikována porucha s bludy. Po propuštění byla po velmi krátké době hospitalizována znovu a pře-diagnostikována na paranoidní schizofrenii. Dále byly Hedvice diagnostikovány organické poruchy nálady a dle neurologického vyšetření atrofie mozku.

Osobní anamnéza

Hedvika žije v bytě s manželem a 2 dětmi. Je v invalidním důchodu 3. stupně. Naposledy pracovala jako pedagog odborných předmětů a cizích jazyků na střední škole, předtím jako bankovní úřednice. Má stejně jako její manžel vysokoškolské vzdělání.

Rodinná anamnéza

Hedvika má staršího bratra, který je také v invalidním důchodu pro psychické onemocnění. Bratr žije společně s matkou v jiném městě, přesto se pravidelně vídají. Otec Hedviky před několika měsíci zemřel, celá rodina to špatně nesla. Klientka uvádí, že její výchova byla velmi direktivní, s důrazem na úspěch, sama se proto snaží přistupovat k výchově svých synů jinak.

Sociální anamnéza

Hedvika pobírá invalidní důchod, manžel je ekonomicky aktivní, bez nutnosti zajištění sociálními dávkami. Sociální síť klientky tvoří pouze rodina, chybí další sociální kontakty (přátelé, bývalí kolegové, studenti). Sociální vztahy se zatím podařilo navázat jen v rámci našeho sdružení s ostatními klienty a pracovníky.

Sociální problém při vstupu do služeb

Hedvika se potřebuje vyrovnat se změnou ve všech oblastech života v důsledku psychiatrického onemocnění. Nutná je terapeutická opora, edukace klientky i její rodiny. Nastavení struktury dne, plánování jednotlivých aktivit. Postupné navazování sociálních kontaktů mimo rodinu.

Průběh spolupráce a individuální plán

Klientka poprvé kontaktovala naše sdružení v roce 2010. Chtěla pouze konzultaci od spolupracujícího psychiatra. Uvedla, že se před půl rokem zhroutila z velké zátěže v práci a navíc dálkového doplňujícího studia. Léčila se v psychiatrické ambulanci mimo bydliště. Dala výpověď v práci, zaehovala se na Úřadu práce. Trpěla velmi markantními hypochondrickými projevy, úzkostí, bludnými představami. Běžné nemoci dětí si spojovala s výměnou azbestových stoupaček v jejich bytě, proto požadovala, aby se odstěhovali z bytu. Kladla vinu manželovi, zhoršily se vztahy v rodině.

Hedvika požadovala od svého CM pomoc s vyhledáním psychiatra v místě bydliště. Doma se cítila osamocená, trpěla úzkostnými myšlenkami. Zapojila se do psychoterapeutické skupiny v rámci našeho sdružení, kde díky zpětné vazbě ostatních členů začala zvažovat hospitalizaci. Na tu následně nastoupila v délce trvání 4 měsíců, byla jí diagnostikována paranoidní schizofrenie. Po celou dobu hospitalizace byl udržován kontakt s CM i rodinou. Klientce byl přiznán invalidní důchod. Po propuštění klientka propadla pocitům marnosti a beznaděje, vše předem vzdávala. Nebyla schopna udržet rovnováhu, stěžovala si na únavu, apatii, neschopnost cokoliv dělat. Pomoc však odmítala, byla krátce na to znovu hospitalizována. Po dalším propuštění se začala pravidelně vídat se svým CM. Těžce nesla příznaky nemoci a vedlejší účinky léků.

Došlo i ke změně vztahu dětí k její osobě. Synové se přimkli k otci, klientce se vyhýbali, odmítali jíst jídlo, které připravila. Přes den klientka trávila čas sama doma, nebyla schopná se přinutit k žádné aktivitě, zůstávala ležet v posteli. Díky souhlasu klientky proběhlo mapování potřeb a byl sestaven první individuální plán.

Potřeby

- přijetí nemoci a jejích projevů,
- edukace klientky, edukace rodiny klientky,
- nastavení struktury dne, plánování jednotlivých aktivit,
- zajištění sociálních kontaktů.

Individuální rehabilitační plán č. 1

Dlouhodobým cílem klientky bylo vrátit se co nejbližší životu a všem aktivitám před propuknutím nemoci. Zejména znovu naplnění role matky a partnerky. Největší motivací klientky jsou její děti. Se svým CM klientka nastavila také krátkodobé cíle. Pravidelné plánování aktivit, dle tohoto plánu vykonávat aktivity a hodnotit jejich plnění průběžně s CM. Dále se pokoušet navazovat a trénovat sociální kontakty v rámci CSR. V rámci docházení do CSR si klientka sama nastavila za cíl docházet 2x týdně na aktivity zaměřené na práci v dílně, trénování kontaktu s lidmi a trénování fyzické kondice pravidelným relaxačním a kondičním cvičením, společně s procházkami.

Plnění stanovených cílů

S klientkou byl 1x za 14 dní sepsán plán denních aktivit. Plánovány byly všechny pracovní aktivity, odpočinek a relaxace. Na konci období byl vždy plán den po dni hodnocen. Zpočátku měla klientka jednu aktivitu denně, postupně se přidávaly další. Klientka se pokoušela volit i jiné formy odpočinku než ležení, například četbu, luštění křížovek nebo relaxační cvičení. I přesto však měla stále dny, kdy se jí z postele nepodařilo vylézt. V průběhu spolupráce klientka projevila zájem o nácviky vaření, nejprve u klientky doma, pak i s ostatními klienty v CSR. Tyto nácviky pomohly Hedvice získat větší jistotu v samostatném vaření, což se projevilo i ve vztahu k dětem, které pomalu začaly přijímat jídlo připravené klientkou.

Po dohodě s klientkou byla do rehabilitačního plánu zapojena rodina klientky. Proběhla edukace manžela a zejména dětí v domácnosti klientky. Rodina začala více spolupracovat, samostatně se podílela na rozdělení prací v domácnosti mezi jednotlivé členy. Pokroky klientky začal pozitivně hodnotit nejen manžel, ale i děti. Vztahy se zlepšily a klientka začala fungovat jako matka a partnerka.

Klientka dále dodržovala pravidelnou docházku do CSR, kde navázala sociální kontakty s ostatními klienty. S některými udržovala kontakt i mimo CSR. To jí pomohlo najít jistotu v komunikaci i s okolím (sousedy, lékaři). Postupně se Hedvika zapojila i do dalších aktivit pořádaných CSR – cyklovýlety, plavání, kulturní akce, kurz cizího jazyka, pobytové akce. Klientka byla postupně sama schopna přidávat si další aktivity a reagovat na aktuální situaci. S rozvojem aktivit došlo i ke zlepšení kondice a zdravotního stavu klientky. Hedvice byla také vlivem zlepšení stavu snížena medikace a tím se snížily negativní vedlejší účinky léků. S klientkou byl vždy na pravidelných schůzkách probírán její zdravotní stav, to jak se cítí. Ze strany CM byly vždy vysvětleny vedlejší účinky léků, projevy nemoci, což mělo na klientku uklidňující vliv. Byla jí nabídnuta psychoterapeutická skupina v rámci našeho sdružení, kam Hedvika začala pravidelně docházet.

Klientka se i přes markantní zlepšení dostává do situací, které jí stresují. Starší syn stále nepřijal všechna matčina omezení vyplývající z její nemoci, vyčítá jí, že nechodí do zaměstnání. Hedvice se také opakovaně vrací úzkost a obavy z ohrožení života. Každá taková situace je vždy konzultována s CM a racionalizována na terapeutické skupině. V poslední době se objevilo i zhoršení kompulzivních projevů, na jejichž zmírnění pracuje se svým terapeutem.

Individuální rehabilitační plán č. 2

Situace klientky se vyvíjela správným směrem, a to díky velké snaze samotné klientky, tak i podpoře CM a terapeutů CSR. Díky znatelnému kroku vpřed, bylo po 8 měsících v rámci přehodnocení individuálního plánu domluveno, že si bude klientka plánovat denní aktivity úplně sama. S CM bude nadále probíhat jen pravidelné hodnocení. Dále bylo do plánu přidáno, že klientka začne počátkem školního roku sama vypravovat děti do školy a zaměří se více na úklid domácnosti. Ráda by také zapracovala na své nedochvilnosti, nedaří se jí většinou dorazit kamkoliv včas. Pokusí

se také samostatně začít vařit složitější pokrmy. Nic dalšího zatím klientka do plánu přidávat nechce.

Plnění stanovených cílů

Klientce se počátkem školního roku změnil denní režim. Přibyly školní povinnosti dětí, které jako bývalý pedagog bere Hedvika u svých dětí důsledně a snaží se být dětem při přípravě dětí do školy pečlivou matkou. V týdnu tedy Hedvika věnuje hodně času dětem, domácnosti, dodržuje nadále docházení do CSR 2x týdně. Právě to, že má klientka 2 děti, je v určitém směru výhodou oproti ostatním klientům, protože jsou pro Hedviku hnacím motorem a díky nim má jasně stanovený plán dne. O víkendu se do chodu domácnosti a péče o děti zapojuje manžel. Přesto klientka při pravidelných hodnotících schůzkách přiznává, že ji stále dokážou z míry vyvést naprosté maličkosti. Jako svou slabou stránku stále vidí úklid v domácnosti a to, že jsou stále dny, kdy jen leží a nechce se jí nic dělat. Ve vaření se pokouší o složitější pokrmy ojedinele, dává přednost jistotě.

U klientky se stále objevuje vsugerování různých zdravotních potíží, chorobný strach z nemocí u své osoby a ostatních členů rodiny. Tyto stavy jsou opakovaně předmětem schůzek s CM, kdy je poskytnuto klientce rozumné vysvětlení a racionalizace myšlenek. Klientka již dovede relaxovat sledováním televize, četbou, odstranila úplně bezcílné ležení v posteli. S dětmi začala chodit plavat, bruslit, jako rodina byli opakovaně lyžovat.

Přesto, že Hedvika původně nechtěla do plánu přidávat žádnou novou aktivitu, přijala nabídku vyučovat cizí jazyk 1x týdně ostatní klienty v CSR. Tato výzva ji velmi posílila na cestě za dlouhodobým cílem – vrátit se v budoucnu ke své původní učitelské profesi. Na své jazykové hodiny se Hedvika svědomitě připravuje, od ostatních klientů přijímá velmi pozitivní zpětnou vazbu. Začala i více dbát o svůj vzhled, líčí se, nosí šperky. O domácnost se dokázala postarat úplně sama i v době, kdy měl manžel nohu v sádře a nemohl jí být nápomocen. Došlo i ke změně ve způsobu plánování a zapisování aktivit, kdy Hedvika plánuje jen větší aktivity a zbytek činností, které zvládne, si zapisuje následně bez předchozího plánu.

Zhodnocení

Hedvika ušla velký kus cesty vedoucí k jejímu zotavení. Od naprosté beznaděje, apatie, stavů bezmoci a bez cíle, kdy celé dny jen proležela bez zájmu o cokoliv, si dnes dovede zorganizovat čas, plnit roli matky i partnerky. Její rodina začala znovu fungovat a tráví společně volný čas sportovními aktivitami a výlety. Hedvika je schopna se pravidelně každý den věnovat dětem. Přesto má Hedvika před sebou ještě hodně práce, stále je nutné dbát na denní režim a vyvarovat se stresovému prostředí, které vyvolává chorobné myšlenky a úzkost. Cílem klientky do budoucna je návrat do zaměstnání. K tomu jí pomáhají postupné kroky (výuka cizího jazyka ostatních klientů), díky nimž získává jistotu a vrací se jí sebevědomí. Je též potřeba se zaměřit na navazování sociálních kontaktů mimo sdružení tak, aby byla v budoucnu klientka schopna fungovat v komunitě bez podpory pracovníků a terapeutů. Příklad Hedvika je zajímavý tím, že ukazuje důležitost rehabilitace po propuštění klientky z léčebny. Jen díky systematické podpoře a péči CM a terapeutů CSR se podařilo po krůčcích zcela změnit průběh klientčiny nemoci.

ZÁVĚR

Autorka zvolila téma bakalářské práce ve snaze upozornit na stále opomíjenou problematiku léčby duševně nemocných. Domnívá se, že práce by mohla být vhodným souhrnným informačním materiálem nejen v sociální a zdravotní sféře, ale mohla by sloužit i laické veřejnosti. Odborníkům by mohla být zdrojem a motivací pro rozšíření nabídky vzdělávacích seminářů a edukačních programů.

Cílem práce bylo teoreticky vymezit a zpřehlednit téma psychosociální rehabilitace osob s vážným duševním onemocněním. Autorka se pokusila definovat základní pojmy, popsat přehledně nejdůležitější principy, metody a oblasti práce a čerpat z nejnovější dostupné literatury a zdrojů. Zároveň bylo nezbytné poukázat, že k úspěšné léčbě vážného duševního onemocnění nestačí jen terapie léky, ale je nutná komplexní léčba, jejíž nezbytnou součástí je psychosociální rehabilitace.

V praktické části bylo autorčiným cílem nejprve popsat jedno z prvních občanských sdružení, které se rehabilitaci duševně nemocných začalo věnovat již v roce 1991. Podstatou této části práce bylo poukázat, jak funguje psychosociální rehabilitace v praxi formou konkrétních případových studií klientů občanského sdružení Fokus. Právě na konkrétních případech dvou klientek s diagnózou paranoidní schizofrenie, autorka detailně popsala práci case managera a jednotlivé kroky při vytváření individuálního rehabilitačního plánu a jeho průběžné hodnocení.

Autorčiným dalším cílem byla sumarizace nejnovějších a komplexních informací o psychosociální rehabilitaci tak, aby si čtenář práce mohl utvořit kompletní obraz o tématu. Přesto si je vědoma, že toto téma je značně obšírné a bylo by možné se vybraným kapitolám věnovat detailněji. Zejména kapitoly case management, stigmatizace či jednotlivé oblasti psychosociální rehabilitace by mohly být tématem samostatné práce. Autorka se i přesto domnívá, že cíl práce byl splněn.

Mezi hlavní pojmy, kterým se práce věnovala, patří psychosociální rehabilitace, schizofrenie, stigmatizace, komunitní péče, rehabilitační proces, úzdava, oblasti psychosociální rehabilitace a case management.

Teoretickou část začala autorka kapitolou o vymezení cílové skupiny, kde definovala duševní onemocnění. Autorka popsala detailněji jedno z nejčastějších a nejzávažnějších duševních onemocnění – schizofrenii a její nejčastější symptomy. Právě toto onemocnění je spojeno s dlouhodobými problémy ve všech oblastech života nemocných. Ač se jedná o převážně medicínský pohled, jsou tyto informace nezbytné k získání představy o projevech onemocnění a především omezeních, která nemoc přináší. Dále byla věnována pozornost tématu stigmatizace duševně nemocných, které s léčbou a prognózou nemoci úzce souvisí, protože právě problém stigmatizace je i přes veškerý pokrok a trendy v současné psychiatrii všudypřítomný. Autorka shrnula některé možnosti řešení k odstranění stigmatizace. V následující kapitole se autorka věnovala historickému vývoji psychosociální rehabilitace a popisu komunitní péče v České republice a upozornila na nedostatky a rezervy současné péče v porovnání se světovými trendy. V další kapitole byl přesně definován pojem psychosociální rehabilitace a základní směry, které ovlivnily její vývoj. Samostatná kapitola byla věnována popisu komplexního přístupu k psychosociální rehabilitaci podle nizozemské školy STORM a jeho jednotlivým fázím. Též se autorka věnovala v této kapitole vysvětlení pojmu údravy (zotavení). Ve čtvrté kapitole byly popsány jednotlivé oblasti rehabilitačního působení. Zejména v oblasti vzdělávání a psychoedukace autorka vidí velké možnosti pro zdočlávání mýtů o neléčitelnosti duševních onemocnění, osvěty široké veřejnosti a spatřuje také významnou roli edukace široké veřejnosti jako účinného nástroje v boji proti stigmatizaci. Jako neméně podstatné byly podstatné i oblasti pracovní, bydlení a sociální. V poslední kapitole teoretické části autorka popsala case management, nazývaný u nás též případové vedení, který je jednou z hlavních metod práce při aplikování psychosociální rehabilitace v praxi.

V praktické části se autorka nejprve věnovala popisu občanského sdružení Fokus Mladá Boleslav, které vzniklo v České republice jako jedno z prvních sdružení na poli komunitní péče. Popsány jsou jednotlivě poskytované služby, které tvoří celek, nazývaný komplexní psychosociální rehabilitace. Svě praktické zkušenosti z praxe na pozici case managera ve výše zmíněné organizaci, následně autorka využila v popisu dvou konkrétních případových studií. Oba prezentované případy se týkají klientek sdružení s diagnózou paranoidní schizofrenie, které dlouhodobě využívají služeb sdružení, a se kterými je dlouhodobě a aktuálně vedena aktivní spolupráce. Cílem

případových studií bylo ukázat rehabilitační proces od samého počátku, což je navázání kontaktu a dále průběh spolupráce, jednotlivé kroky a hodnocení etap. Zároveň je vždy popsán v každé fázi rehabilitačního procesu aktuální stav klientek a jejich potřeb a přání, jejichž respektování je vždy prioritou. Jak je z případových studií patrné, spolupráce je vždy dlouhodobá, jako samotný proces rehabilitace. Posun a změny k lepšímu jsou viditelné až z dlouhodobého pohledu.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.
- BERAN, J. *Acta psychiatrica postgradualia Bohemica: 2/2004*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-271-4.
- DOUBEK, P. *Psychóza v životě - život v psychóze: informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-231-5.
- DUŠEK, K., E. MALÁ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravot. školy stud. obor zdravot. sestra, dětská sestra, ženská sestra, rehabilitační pracovník*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0021-0.
- HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1.vyd. Jinočany: H&H, 1996. ISBN 8085787962.
- KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8563-6.
- KUČEROVÁ, H. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4720-456.
- MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4721-385.
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7002-X.
- PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
- RABOCH, J. et al. *Česká psychiatrie a svět*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-273-0.
- STUHLÍK, J. *Asertivní a komunitní léčba: Case management*. 1.vyd.Praha: Fokus Books, 2001.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd.Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Seznam použitých internetových zdrojů

Fokus Mladá Boleslav: sdružení pro péči o duševně nemocné [online]. [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: <http://www.fokus-mb.cz/>

Greendoors: naše služby. [online]. [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: http://www.greendoors.cz/nase_sluzby

HEJZLAR, P., M. HALÍŘ a M. FIALA. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. [online]. s. 146-152 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/03/08_hejzlar_3_2010.pdf

Portál podporovaného vzdělávání: Myslím, blázním, tedy jsem!. [online]. [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: http://www.normalnestuduju.cz/download_pk.htm

VACHKOVÁ, L. Sociální rehabilitační programy pro duševně nemocné. [online]. [cit. 2013-10-27]. Dostupné z: http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3243&magazine_id=2

WENIGOVÁ, B. *Stigma a duševní poruchy*. [online]. [cit. 2013-10-25]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art415>

WENIGOVÁ, B. *Stigma a psychiatrie (napříč časem)* [online]. [cit. 2013-10-05]. Dostupné z: http://www.stopstigma.cz/index.php?obsah=ke_stazeni&sub=o_stigmatu

Seznam ostatních zdrojů

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-851-2111-5.

WILKEN J. P., D. HOLLANDER. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci: Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly* [CD-ROM]. Praha: CRPDZ, 1999.

SEZNAM ZKRATEK

CM	case manager
CSR	centrum sociální rehabilitace

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Dominika Zvolenská

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Psychosociální rehabilitace osob se závažným duševním onemocněním

Rok: 2014

Počet stran textu bez příloh: 50

Počet titulů českých použitých zdrojů: 14

Počet internetových zdrojů: 7

Počet ostatních zdrojů: 2

Vedoucí práce: MUDr. Jan Stuchlík