

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Význam mezioborové spolupráce v péči
o duševní zdraví z pohledu sociální
práce v Národním ústavu duševního
zdraví**

Jana Kuchtiaková, DiS.

Katedra sociální práce
Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Mašát
Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Význam mezioborové spolupráce v péči o duševní zdraví z pohledu sociální práce v Národním ústavu duševního zdraví napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Praze dne 31. května 2015

Anotace

Bakalářská práce se zabývá významem mezioborové spolupráce v péči o duševní zdraví. Cíl práce zjišťuje význam mezioborové spolupráce v péči o duševní zdraví s pohledu sociálních pracovníků v Národním Ústavu duševního zdraví. Téma práce vychází zejména z aktuálních trendů psychiatrické péče, které poukazují na komplexní systém potřeb lidí s duševním onemocněním. Pro naplnění biopsychosociálních potřeb lidí s duševním onemocněním je v péči o duševní zdraví nepostradatelná mezioborová spolupráce.

Práce byla zpracována na podkladech odborné literatury a výzkumném šetření v Národním ústavu duševního zdraví. Závěry z odborné literatury a výzkumného šetření zjišťují, že mezioborová péče o duševní zdraví má význam zejména ve včasné identifikaci duševní poruchy a ve správné diagnostice, na základě které může být stanovena efektivní léčba. Mezioborová spolupráce prokazatelně urychluje léčbu, a předchází hospitalizacím. Snaží se podchytit člověka s duševním onemocněním ve všech životních oblastech a zabránit, tak negativním sociálním dopadům. Význam mezioborové péče spočívá v komplexním naplňování potřeb osob s duševním onemocněním. Neméně důležitý smysl mezioborové spolupráce spočívá v kvalitní práci sociálních pracovníků a ostatních pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu, což značně přispívá ke kvalitě života lidí s duševním onemocněním.

Klíčová slova

Duševní zdraví, komplexní systém potřeb, komplexní péče, mezioborová spolupráce, multidisciplinární tým

Summary

My Bachelor Thesis investigates the importance of interdisciplinary collaboration in the area of mental health care. The goal of the study is to analyze the importance of interdisciplinary collaboration in the area of mental health care from the perspective of social workers from National Institute of Mental Health. The subject of the study results primarily from the actual trends of psychiatric care, representing the complex system of needs of people with mental disorders. To satisfy the biological and psychosocial needs of people with mental disorders, the interdisciplinary collaboration is essential.

The study was elaborated based on professional references and research work made at National Institute of Mental Health. The results from professional references and from this research project recognizes that interdisciplinary collaboration in mental health care is significant, especially for early identification of mental disorder and for proper diagnosis, which can be linked to effective treatment. Interdisciplinary collaboration evidently cuts down the treatment time and prevents from hospitalization. It's trying to understand the individual person in all areas of her life, thus to prevent from negative social impacts. The importance of interdisciplinary care lies in the complex fulfillment of needs for people with mental disorders.

No less important factor of interdisciplinary collaboration is the professional conduct of social workers, and other specialists within multidisciplinary team, which significantly helps to increase the quality of life for people with mental disorders.

Keywords

Mental health care, complex system of needs, complex treatment, interdisciplinary collaboration, multidisciplinary team.

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala zejména vedoucímu mé bakalářské práce, PhDr. Vladimíru Mašátovi, který mi byl po celou dobu tvorby této práce velice nápomocný. Děkuji především za konzultace, které pro mě byly velmi přínosné a inspirativní v celkovém náhledu na téma práce. Dále chci poděkovat vedení Národního ústavu duševního zdraví za umožnění stáže, v rámci, které jsem mohla provést výzkumné šetření. Jsem velice vděčná sociálním pracovnícím z Národního ústavu duševního zdraví, které byly po celou dobu stáže a výzkumného šetření velice otevřené a ochotně mě zasvětily do své práce.

Obsah

Úvod	1
1. Duševní onemocnění	3
1.1 Duševní zdraví a „normalita“	3
1.2 Co je duševní nemoc	4
1.2.1 Jak duševní nemoc vzniká	5
1.3 Klasifikace duševních nemocí	6
1.3.1 Základní rozdělení duševních poruch	6
1.3.2. Popis vybraných skupin duševních nemocí	7
1.4 Dopady duševních nemocí.....	9
1.4.1 Společenské dopady duševních nemocí.....	10
1.4.2 Individuální psychosociální dopady duševních nemocí	10
2. Psychosociální pohled na duševní onemocnění	13
2.1 Strach a předsudky z psychiatrie	13
2.2 Stigmatizace lidí s duševním onemocněním.....	14
2.3 Psychosociální potřeby lidí s duševním onemocněním	16
3. Aktuální trendy transformace psychiatrické péče.....	18
3.1 Transformace psychiatrické péče.....	18
3.1.2 Cíle aktuální Psychiatrické reformy	18
3.2 Strategie reformy psychiatrické péče.....	19
3.2.1 Popis jednotlivých strategických cílů	19
3.3 Aktuální směr v psychiatrické péči.....	21
4. Mezioborová spolupráce, jako součást systému péče o lidi s duševním onemocněním	23
4.1 Komplexní přístup k lidem s duševním onemocněním	23
4.1.1 Formy terapie v rámci komplexního přístupu.....	23
4.2 Systém péče o duševní zdraví v ČR.....	26
4.2.1 Komunitní péče.....	28
4.3 Centra duševního zdraví	30
4.4 Mezioborová spolupráce.....	31
4.4.1 Multidisciplinární práce	32
4.4.2 Psychoedukace.....	33
4.4.3 Svépomoc.....	34
5. Národní ústav duševního zdraví.....	36
5.1 Původ a současnost Národního ústavu duševního zdraví	36
5.1.1 Současné zaměření NUDZ.....	36
5.1.2 Strategické plánování v oblasti duševního zdraví a epidemiologie duševních poruch (Sociální psychiatrie)	37
5.1.3 Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí	38
5.1.4 Klinické centrum.....	39

6. Mezioborová spolupráce v péči o lidi se závažnou duševní poruchou v rámci klinického centra v NUDZ	40
6.1 Členění klinického centra	40
6.2 Oddělení pro léčbu závažných duševních poruch	40
6.2.1 Poskytovaná péče	40
6.2.3 Multidisciplinární tým	41
6.2.3.1 Role jednotlivých pracovníků.....	41
6.3. Multidisciplinární péče o lidi s těžkým duševním onemocněním	42
6.3.1 Příjem nemocného, jako sociální událost	42
6.3.2 Multidisciplinární poznávání	42
6.3.3 Průběh multidisciplinární péče	44
6.3.4 Ukončení multidisciplinární péče	48
6.4 Význam multidisciplinární práce v péči o duševní zdraví	48
7. Výzkumné šetření v NUDZ.....	50
7.1 Popis výzkumného prostředí	51
7.2 Cíl výzkumného šetření	51
7.3 Respondenti výzkumného šetření	51
7.3 Výzkumná metoda	52
7.4 Struktura rozhovoru	52
7.5 Dotazované oblasti a shrnutí odpovědí respondentů	52
7.7 Závěrečné vyhodnocení výzkumného šetření.....	55
Závěr	58
Seznam literatury	60

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá významem mezioborové spolupráce v péči o duševní zdraví v rámci Národního Ústavu duševního zdraví. Jejím cílem je zjistit, jaký význam má mezioborová spolupráce v péči o lidi se závažným duševním onemocněním z pohledu sociálních pracovníků v Národním Ústavu duševního zdraví. Celá práce je ovlivněná pohledem sociální práce, proto mají jednotlivé kapitoly obsah spíše sociální nežli zdravotní.

Mezioborová spolupráce v péči o duševní zdraví je předpokladem moderní psychiatrické péče. Ačkoliv praxe mezioborové péče ještě není plně zapojena do systému péče o duševní zdraví, tak o její efektivitě svědčí již zkušenosti mnohých zařízení poskytující multidisciplinární péči. Plnohodnotné zapojení mezioborové spolupráce v péči o duševní zdraví reaguje na komplexní potřeby lidí s duševním onemocněním. Bez komplexní zdravotně sociální péče nelze zapojovat lidi s duševním onemocněním do společnosti. Mezioborová spolupráce umožňuje efektivní způsob, jak součinně naplňovat biopsychosociální potřeby člověka s duševním onemocněním a zabraňovat tak negativním dopadům duševním poruch a sociální izolaci těchto osob.

Téma práce bylo zvoleno z mého osobního zájmu o komplexní pohled na duševní zdraví, který poukazuje na propojenost zdravotních, psychických a sociálních vlivů na člověka a jeho duševní stav. Duševním zdravím, se prakticky zabývám již třetím rokem. Pracuji, jako pracovní asistent v podporovaném zaměstnávání v občanském sdružení Fokus Praha, z čeho plynou mé motivace pro mezioborový pohled na člověka s duševním onemocněním. Z osobních zkušeností s klienty v rámci podpory práce zjišťuji, že pokud lidem s duševním onemocněním není věnována součinná zdravotní, psychická a sociální péče, často u nich dochází k selhávání v některé z životních potřeb.

Práce je zpracována zejména prostřednictvím knižní odborné literatury, odborných studií, článků a odborných webových zdrojů, které se prolínají s mými praktickými zkušenostmi ze stáže v Národním Ústavu duševního zdraví a výzkumným šetřením. Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru, jehož respondentky byly sociální pracovnice z Národního ústavu duševního zdraví. Výzkumné šetření potvrzuje a rozvíjí mnohé odborné teze o významu mezioborové spolupráce. Text práce je členěn do sedmi kapitol, které postupně rozvíjí cíl práce.

První kapitola vymezuje pojem duševní zdraví, věnuje se klasifikaci duševních poruch a blíže se zaměřuje na vážná duševní onemocnění, která vyžadují komplexní

system mezioborové péče. Druhá kapitola navazuje na první a věnuje se psychosociálnímu hledisku na duševní zdraví. Poukazuje na strach a nevzdělanost společnosti v oblasti duševního zdraví, což značně přispívá k celospolečenské i individuální stigmatizaci, a nepřiměřeně malé pozornosti lidem s duševním onemocněním. Z této kapitoly vyplívají také komplexní psychosociální potřeby lidí s duševním onemocněním. Třetí kapitola poukazuje na aktuální trendy psychiatrické péče, která reaguje na zakořeněnou stigmatizaci psychiatrie. Snaží se o komplexní naplňování potřeb s duševním onemocněním, prostřednictvím zapojení Center duševního zdraví, do hlavních pilířů systému péče o duševní zdraví. Tímto se snaží rozvíjet komplexní zdravotně sociální služby prostřednictvím mezioborové péče, která vede k zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Čtvrtá kapitola se věnuje konkrétním možnostem, jak a kde mezioborovou péči v oblasti duševního zdraví uplatňovat. Práce je zaměřena zejména na multidisciplinární péči, která je v této kapitole podrobně rozebrána. Pátá kapitola představuje Národní Ústav duševního zdraví, ke kterému se téma práce vztahuje. Je zde představena jeho působnost a hlavní aktivity. Šestá kapitola je klíčovou kapitolou na cestě k cíli práce. Popisuje mezioborovou spolupráci v Národním Ústavu duševního zdraví a vysvětluje její význam. Závěry o významu mezioborové péče vychází, jak z odborné literatury, tak z mých osobních zkušeností. Poslední kapitola reprezentuje provedené výzkumné šetření a z něj vyplívající závěry. Výsledky výzkumného šetření a odborná literatura poukazují na mnohočetný význam mezioborové spolupráce v péči o duševní zdraví, zejména pro osoby s duševním onemocněním a jejich plnohodnotné začlenění do života ve společnosti, ale také pro sociální pracovníky, a ostatní týmové pracovníky z hlediska kvality jejich práce a psychické pohody.

Téma práce úzce souvisí s aktuálními trendy psychiatrické péče, proto její praktická i teoretická zjištění podporují rozvoj kvalitní, komplexní péče o duševní zdraví.

1. Duševní onemocnění

Člověk s duševním onemocněním je cílovou skupinou, ke které se téma práce vztahuje. Na začátku je tedy významné vymezení pojmu duševní onemocnění, oboru psychiatrie a základní rozčlenění duševních onemocnění.

1.1 Duševní zdraví a „normalita“

Člověk je vystaven množství biologických, sociálních a genetických vlivů, které na sebe vzájemně působí a vytváří podmínky pro život. Z důvodu nesčetných možností kombinací těchto vlivů neexistuje jednotná shoda názorů v otázce normality člověka. Ačkoliv je nutné, aby profese pečující o lidi s duševním onemocněním respektovaly jednotnou verzi o tom, co je duševní zdraví, a co už naopak nelze považovat za normu, tak subjektivní představy člověka o tom, co je, či není normální, mají velmi křehké hranice. Každý vnímá, co je „normální“ ale přesto to všichni cítí trochu rozdílně.¹ Jednotné kritérium normalnosti neexistuje, vždy se vnímání normy vztahuje k něčemu. Například projevy chování, které můžeme pozorovat v určité etnické oblasti u většiny lidí lze považovat za normální. Duševní zdraví je možné vnímat, jako formu normálního chování a prožívání, které má však vždy subjektivní a objektivní charakter.²

Duševní zdraví neznámá pouze nepřítomnost nějaké duševní poruchy CNS ale znamená to také schopnost žít, realizovat vlastní hodnoty, zastávat sociální role, seberealizace, autonomie a optimální spokojenost se svou existencí. Přes různorodé představy o normalitě se většina odborníků shoduje na tom, že člověk duševně zdravý má reálné představy o sobě, přijímá své silné i slabé stránky, zajímá se přiměřeně o druhé lidi, ve svém jednání se řídí převážně svými vnitřními jistotami, více než vnějšími hodnotami a umí uspokojovat své potřeby tak, aby je nenaplnoval na úkor jiných. Duševní zdraví teda souvisí se schopností přiměřeně reagovat na rozmanité životní situace.³ Z toho vyplývá, že duševní zdraví je kromě jiných aspektů závislé na schopnosti a možnosti optimálního sociálního začlenění.

Duševní zdraví je podstatné pro kvalitu života, a kvalita života je naopak nepostradatelná pro duševní zdraví, které je základem sociální soudržnosti, produktivity, pokoje a stability. Na duševní zdraví má významný vliv i veřejné duševní zdraví a životní styl přispívající k sociální solidaritě. Citlivost vůči duševnímu zdraví zvyšuje kvalitu života nejen lidí s duševním onemocněním, ale

¹ STYX, str. 18

² DUŠEK, VEČEŘOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, str. 22

³ STYX. Str. 19

celé populace. Vědomí o důležitosti duševního zdraví bylo již tématem Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu v roce 2005 v rámci, kterého se připravovaly efektivní plány na podporu duševního zdraví, které mají zajistit větší míru duševní pohody pro všechny.⁴ To, jak se podařilo tyto plány naplnit, nebude v práci konkrétně obsaženo, ale současnému přístupu k duševnímu zdraví bude ještě věnován prostor v rámci jiné kapitoly. Na závěr lze doplnit úryvek ze slovníku sociální práce od Matouška, kde zdůrazňuje, že duševní zdraví je v užším smyslu potenciál, který mají v sobě všichni lidé, to znamená i osoby s duševním onemocněním.⁵

1.2 Co je duševní nemoc

Pojem duševní nemoc představuje velkou škálu různých psychických procesů a stavů, které komplikují sociální fungování člověka v běžném životě.⁶ Projevuje se poruchami prožívání a mezilidských vztahů. Duševní nemoc je mnoha autory nazývána, jako duševní porucha.⁷ Charakteristiku duševní poruchy vytváří klinicky rozpoznatelný soubor symptomů a poruch chování, které jsou často spojeny s pocitem tísně a s narušením některých funkcí.⁸ Jedná se o soubor příznaků, které mohou způsobit ztrátu sociálního postavení, pracovní schopnosti a celkového sociálního začlenění. Duševní onemocnění v době manifestace zabrání jedinci adekvátně fungovat dle přijatelných norem svého sociokulturního prostředí. V publikaci Diagnostika a terapie duševních poruch je uvedeno, že duševní nemoc i duševní zdraví mohou být v rámci existence člověka vnímány kontinuálně, protože porucha může být včleněna do dynamiky rozvoje osobnosti, jako jedna vývojová etapa. Poruchou pak pokračuje jedinec ve svém vývoji k duševnímu zdraví. Z tohoto pohledu je duševní porucha vyústěním vývoje osobnosti, do kterého je včleněna.⁹

Existuje několik pohledů na duševní nemoc z hlediska různých odborných přístupů. Péči o lidi s duševním onemocněním se věnuje více oborů, ale duševními poruchami se z medicínského hlediska zabývá lékařský obor psychiatrie. Psychiatrie patří mezi základní lékařské obory. Předmětem psychiatrie je duševní porucha, její diagnostika, léčba a prevence.¹⁰ Zabývá se zjevnou poruchou duševní činnosti, která je ve svých klinických projevech natolik závažná, že může způsobit ztrátu funkčních

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION, str. 1-12

⁵ MATOUŠK, str. 54

⁶ <http://prah-brno.cz/o-nas/o-dusevnim-onemocneni>

⁷ MATOUŠEK, str. 54

⁸ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 23

⁹ DUŠEK, VEČEŘOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, str. 23

¹⁰ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 13

schopností.¹¹ Na základě specifických projevů nemoci může určit psychiatrickou diagnózu, z níž vyplývají následné léčebné a rehabilitační kroky.

Pod pojem duševní nemoc lze zařadit mnoho různých nemocí, které se ale vyznačují určitými společnými znaky. Každá duševní nemoc značně komplikuje životní standard nemocného jedince a přináší změny v chování a prožívání, které nemusí být pro vnější svět viditelné nebo pochopitelné. Díky tomu se mnohdy lidi s duševním onemocněním setkávají s nepochopením a nedostatečnou podporou na rozdíl od jiných druhů zdravotních postižení, které jsou na první pohled pro vnější svět jasnější.

1.2.1 Jak duševní nemoc vzniká

Jak již bylo řečeno, duševní zdraví je podmíněno vzájemným působením mnoha vlivů a prostředí, ve kterých se člověk nachází. Neexistuje tedy ani jednotná příčina vzniku duševní nemoci. Existuje řada teorií, které se problematikou příčiny duševních nemocí zabývala, v dnešní době se však preferuje a čím dál víc prosazuje multifaktoriální model příčiny. Je předpokládáno, že na vzniku se podílí biologicko-ekologický sociální model. Vznik nemoci je tedy podmíněn, genetickými faktory, biologickými faktory a vlivem sociálního prostředí. Všechny tyto faktory se navzájem ovlivňují.¹²

Malá a Pavlovský uvádí, že otázka genetického vlivu na vznik duševních poruch je velmi složitá a nejasná. Nikdy nebyla nalezena přímá dědičnost, ale v určitých rodech, je výskyt duševních poruch mnohem častější, čímž se dokazuje, že určitý genetický podíl na vzniku duševních poruch existuje. Genetický přenos je předpokládán zejména u schizofrenních poruch a afektivních poruch.¹³

Psychosociální faktory tvoří především emocionální prostředí v rodině jedince, zejména v raném dětství a dospívání. Důležité jsou vztahy s okolím a postavení v kolektivech. Velice záleží na kvalitě vztahu s blízkými lidmi a možnosti zastávat adekvátní sociální role.

Každý člověk má určitý práh citového vnímání. Dle Jarolímka lidé s dispozicí pro vznik duševní poruchy mohou mít práh snášenlivosti některých náročných situací mnohem nižší. Působením jednoho či více z vyjmenovaných faktorů ve spojení se stresovou zátěží, může vzniknout prostředí podporující propuknutí duševní nemoci. Pravděpodobnost vzniku duševní poruchy je stejná jak u mužů, tak u žen.¹⁴

¹¹ MÁHROVÁ, VANGLÉŘOVÁ, str. 69

¹² PROBSTOVÁ, PEČ, str. 43

¹³ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 16, 17

¹⁴ JAROLÍMEK, str. 11, 12

1.3 Klasifikace duševních nemocí

Členěním duševních poruch se zabývá Mezinárodní klasifikace nemocí, ve zkratce MKN-10. V rámci MKN-10 jsou nemoci popisovány na základě skupiny znaků a projevů, které jsou pro danou nemoc společné a odlišují se od příznaků jiných nemocí. Duševní poruchy mají v MKN-10 samostatný prostor. MKN-10 může být pro nemedicínské pečující profese o lidech s duševním onemocněním vodítkem, ke znalosti příznaků, průběhu a dopadu duševní poruchy na běžný život. Je to však přístup pouze deskriptivní, jednostranný a proto různými odborníky mnohdy kritizován.

Publikace Psychiatrie pro sociální pracovníky uvádí, že pracovníci v oblasti psychosociální rehabilitace poukazují na omezenost pohledu na lidi s duševním onemocněním prostřednictvím MKN-10, protože se nedívá na člověka z celkového biopsychosociálního pohledu. Kromě toho, že jedinec trpící duševní poruchou projevuje nějaké symptomy nemoci, žije také každodenní život ve svém prostředí, které ho významně ovlivňuje. Pro sociální práci je důležité zejména prostředí a společensko kulturní podmínky, které člověka ovlivňují a interakce, které v rámci toho probíhají. Přes uvedenou kritiku je pro pomáhající profese v oblasti duševního zdraví z mnoha důvodů užitečné znát základy psychopatologie.¹⁵ Diagnostický jazyk umožňuje odborníkům, pečujícím v oblasti duševního zdraví a lidem s duševním onemocněním snadnější komunikaci mezi sebou v souvislosti s plánováním, realizací léčebných a rehabilitačních postupů a do jisté míry pomáhá také odhadovat prognózu. Znalost diagnostiky umožňuje chápat a respektovat člověka i tam, kde běžná empatie již nestačí.

Podstatné je zmínit důležitost diagnostického jazyka pro lidi s duševním onemocněním, kterým poskytuje jasné a smysluplné informace o stavu, který prožívají. Objasňuje jim negativní pocity ze svého prožívání a dává jim najevo, že nejsou líní, neschopní a k ničemu, jak to například ve svých depresivních stavech zažívají. Diagnostika určuje jasné hranice toho co je nemoc a chrání tak lidi, kteří ji prožívají.¹⁶

1.3.1 Základní rozdělení duševních poruch

Dle MKN-10 lze rozčlenit základní diagnostické kategorie duševních poruch do následujících okruhů:

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických,

¹⁵ PROBSTOVÁ, PEČ, str. 20, 24

¹⁶ PROBSTOVÁ, PEČ, str. 21

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek,
F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy,
F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady),
F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy,
F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory,
F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých,
F70-F79 Mentální retardace,
F80-F89 Poruchy psychického vývoje,
F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání,
F99 Neurčená duševní porucha,
F00* Demence u Alzheimerovy nemoci,
F02* Demence u jiných nemocí zařazených jinde.¹⁷

1.3.2. Popis vybraných skupin duševních nemocí

Práce se zaměřuje na lidi se závažným duševním onemocněním, kteří trpí duševní poruchou, jako je například schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza. Jedná se většinou o dlouhodobé poruchy, které mohou snížit funkční kapacitu, či nepříznivě ovlivnit základní aspekty denního života.¹⁸ Závažná duševní onemocnění většinou vyžadují komplexní systém potřeb.

Schizofrenie, schizotypální poruchy, poruchy s bludy

Schizofrenní poruchy jsou obecně charakteristické významnými poruchami myšlení, vnímání a emotivity, která může být přehnaná až oploštěná. Myšlení nemá jasné hranice a mnohdy může být až nesmyslné. Filtr třídění informací bývá narušen a nemocný je tak vystaven mnoha podnětům, které mu brání v soustředění se na podstatné body běžného života.¹⁹

Vágnerová schizofrenii výstižně popisuje. „Schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobní integrity. Patří k nejzávažnějším psychickým poruchám.“²⁰ Kromě své závažnosti patří také k nejčastějším ze psychotických poruch. Spadá mezi duševní nemoci, nazývané psychózy. Mezi klíčové fenomény patří bludná přesvědčení o odjímání či vkládání myšlenek, o vysílání myšlenek, o ovládnutí

¹⁷ <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

¹⁸ MATOUŠK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, str. 136

¹⁹ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 75

²⁰ VÁGNEROVÁ, str. 177

myšlenek vnější silou, ozvučené myšlenky, nebo halucinace ve formě komentujících hlasů. Bludy mohou mít různý charakter a obsah. Projevuje se v nich narušený vztah k sobě a k okolnímu světu. Časté bývají paranoidní bludy o pronásledování, kontrolování, ovlivňování atd. Halucinace jsou výsledkem zkresleného vnímání okolního světa. Pochází z vnitřního světa nemocného, který je plný dynamické a nekontrolovatelné fantazie. Halucinace způsobují člověku možnost vidět, slyšet, cítit věci, které nikdo jiný nevidí, neslyší a necítí.²¹ Častým projevem bývají hlasy, které pobízí k různým činům, komentují a hodnotí chování člověka, nebo mu něco přikazují.

Všechny tyto příznaky vypovídají o narušené schopnosti rozlišovat vnitřní a vnější svět. Ačkoliv pozitivních příznaků schizofrenie lze nalézt mnohem více, výše popsané projevy lze považovat za charakteristické jádro nemoci, které slouží k diagnostice nemoci.²²

Dle mezinárodní klasifikace nemocí, je podstatou schizofrenických poruch deformace myšlení a vnímání. Prožívání je přehnané nebo otupělé, intelektuální rovina většinou nebývá narušena. Vlivem nemoci, se však mohou objevit kognitivní potíže. MKN-10 rozlišuje paranoidní schizofrenii, hebefrenní schizofrenii, katatonní schizofrenii, nediferencovanou schizofrenii, postschizofrenní depresi, reziduální schizofrenii, schizofrenii simplex a jinou schizofrenii, ale jejich vymezením se práce zabývat nebude.²³ Důležité je zmínit, že schizofrenie je duševní nemoc, která prostupuje celým psychosociálním životem jedince a výrazně jej ovlivňuje.

Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Již z názvu vyplívá, že se jedná o okruh duševních nemocí týkajících se poruch nálad. Patří sem poruchy depresivní a manické. Pokud se jedná o střídání fáze manické a depresivní v jedné poruše jedná se o bipolární afektivní poruchu.²⁴ Dle MKN-10 je základním znakem porucha afektivity, která směřuje k depresi, nebo k euforii. Změny nálad doprovází celkovou aktivitu nemocného člověka. Začátek poruchy je mnohdy vyvolán stresovou zátěží, nebo událostí. U většiny z těchto poruch dochází k recidivám.²⁵

Mánie je ohraničené období člověka, kdy převládají euforické pocity, nadnesenost a pocit existenční lehkosti. Začátek poruchy je spojen se zvýšenou energií, kreativitou a extroverzí. V odborné příručce Jak se vyrovnat s mánií

²¹ JAROLÍMEK, str. 13

²² PROBSTOVÁ, PEČ, str. 40

²³ <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F20-F29.html>

²⁴ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 78

²⁵ <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

a depresí je zdůrazněno, že tento stav nebývá pod kontrolou nemocného a přechází až do extrémů, které jsou pro daného jedince v běžném chování neobvyklé. V této fázi nemocný ztrácí nadhled nad sebou, a jeho chování mu připadá přirozené. Na základě snížené potřeby spánku, zvýšené hovornosti, zvýšené tělesné a mentální aktivity, roztržitosti a nevázanosti se může dostat do stavu celkového vyčerpání organismu. Z důvodu zvýšeného sebevědomí a pocitu velké nevázanosti může učinit kroky, které se neslučují s reálnými možnostmi a normami. Mánie způsobuje vážné potíže ve fungování v každodenním životě, a proto vyžaduje odbornou péči.²⁶

Depresivní porucha je známá velice smutnou náladou, poklesem zájmu ze všech obvyklých činností a ztrátou potěšení z čehokoliv. Dalším příznakem může být ztráta chuti k jídlu, změna tělesné hmotnosti, poruchy spánku, ztráta energie, ztráta sebevědomí, pocity viny a výčitek, zhoršení paměti a soustředěnosti.²⁷ Deprese může přicházet pozvolna a nenápadně. Zpočátku se může objevovat pouze mírný pokles nálady, zvýšená unavitelnost a zkrácení délky spánku. Postupně se však stav může prohloubit až do deprese, která významně ovlivňuje sociální fungování a může vyústit až v sebevražedné sklony.²⁸

Střídáním manických a depresivních epizod, při kterých je velice narušena nálada a vnímání okolního světa je charakteristická bipolární afektivní porucha dříve také známa jako maniodeprese. Nemoc spočívá ve střídání přehnané aktivity a energie s úplným útlumem smutkem a únavou. Dle MKN-10 „tato porucha tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypománie anebo mánie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese). Pacient trpící pouze opakovanými atakami mánie, nebo hypománie, se zařazuje jako bipolární.“²⁹ Jedná se o vážné mnohdy celoživotní onemocnění, které se v průběhu života opakuje a kolísá mezi dvěma extrémními póly. Ačkoliv manická fáze může působit na nemocného jedince inspirativně a tvořivě, je toto onemocnění velice nebezpečné z hlediska užívání návykových látek, rodinných, ekonomických, pracovních a dalších problému, které značně ovlivňují kvalitu života.³⁰

1.4 Dopady duševních nemocí

Duševní nemoc má velký dopad především na nemocného jedince, vliv má ale i na jeho rodinu, bezprostřední okolí a rozhodně působí také na celou společnost.

²⁶ BREZNOŠČÁKOVÁ, NOVÁK, STOPKOVÁ, str. 8,9

²⁷ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 78

²⁸ BREZNOŠČÁKOVÁ, NOVÁK, STOPKOVÁ, str. 10, 11

²⁹ <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

³⁰ BREZNOŠČÁKOVÁ, NOVÁK, STOPKOVÁ, str. 6

Dopady duševních poruch nikdy nejsou pouze zdravotní a psychické, vždy se jedná o soubor psychosociálních potíží, se kterými je nutné pracovat.

Duševní porucha se kromě duševních symptomů projevuje značnými sociálními limity, jako je například nezpůsobilost pro určité sociální úkony, a ztížené fungování v různých životních oblastech. Bariéry se ve velké míře prokazují v oblasti sociálně společenské a to zejména v podobě nezaměstnanosti a stigmatizace, což někdy vede až k sociálnímu vyloučení.³¹

1.4.1 Společenské dopady duševních nemocí

Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním,“ uvádí, že v čase rozmezí jednoho roku trpí duševní poruchou přibližně 27 % Evropanů.³² Přibližně polovina klientů praktického lékaře, jsou pacienti trpící nějakou duševní nemocí, především neurotickou poruchou. Duševní nemoc je jednou z častých příčin invalidity a v nepodchycené formě může vést až k sebevražedným sklonům a předčasně smrti.³³ Duševní nemoci dále způsobují nemalé ztráty pro hospodářský, sociální, vzdělávací a soudní systém. Ve značné míře jsou lidé s duševní poruchou stále stigmatizováni, diskriminováni a není respektována jejich důstojnost a lidská práva. Kvůli častému narážení lidí s duševním onemocněním na stigmatizující přístup ze strany okolí, odbornou pomoc vyhledává pouze určité procento lidí trpící nějakými duševními potížemi.³⁴ Z toho vyplývá, že duševní poruchy zůstávají ve vysokém procentu neléčené, což má další negativní dopady na společnost ve formě zvýšené sebevražednosti, násilných činů, bezdomovectví a dalších negativních jevů.

1.4.2 Individuální psychosociální dopady duševních nemocí

Lidé s duševní poruchou, mají kvůli mnohočetným problémům v důsledku nemoci potíže s běžným sociálním fungováním. Nevědomost a předsudky, které o duševních nemocech přetrvávají, jim jejich náročnou situaci neulehčují.

Následky duševních poruch vznikají již při propuknutí nemoci, kdy se nemocný důsledkem svého specifického chování, cítění a prožívání okolního dění začíná vzdalovat od svého okolí. U některých duševních poruch se nemocní můžou uzavírat do sebe a izolovat od sociálního prostředí. Tím se přetrhává sociální síť a problémy se kumulují pouze v individuálním vnitřním světě, ze kterého nejsou ventilovány. Po propuknutí duševních poruch je většinou nutná hospitalizace, při které se nemocný na delší dobu odloučí od běžného prostředí. Sociální izolace se tak

³¹ ŠUPA, str. 3

³² ŠUPA, str. 4

³³ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 13

³⁴ ŠUPA, str. 4

mnohdy ještě umocní. Primárním cílem hospitalizace je stabilizace akutního stavu, takže mnohočetné psychosociální problémy způsobené duševní krizí po propuštění z psychiatrické léčebny většinou zdaleka nekončí.

Z důvodů časté pracovní neschopnosti mohou nastat finanční potíže, které se mnohdy prodlužují komplikovaným a občas i nemožným návratem do původního zaměstnání. Důsledkem působení některých duševních poruch, jako jsou například schizofrenické poruchy, dochází ke zhoršení kognitivních schopností, což ztěžuje nejen začlenění do pracovního procesu, ale také samostatné bydlení a péči o vlastní osobu. U lidí s afektivní poruchou může důsledkem manického či depresivního chování dojít k devastujícím činům. Probstová a Peč zdůrazňují, že zejména u bipolární poruchy, z důvodu dočasné ztráty sebekontroly, nastávají socioekonomické problémy, které mohou mít pro nemocného a jeho blízké tragické následky, jako jsou problémy s dluhy, komplikace s alkoholem či jinými návykovými látkami. Někdy může nekontrolované a nepodchycené manické chování dojít až k trestné činnosti.³⁵

Volnočasové aktivity u lidí s duševním onemocněním bývají z důvodů sociální izolace, také pozastaveny, s čímž souvisí i útlum sociálních interakcí s jinými lidmi. Zejména lidé s psychotickým onemocněním s přidruženou poruchou osobnosti mívají velmi náročné vztahy. Mnohdy se pohybují v extrémních polohách, kdy na jedné straně trpí závislostí na jiné většinou blízké osobě, ke které mají tendenci se připoutat, a na straně druhé trpí podezíravostí a strachem z kontaktu s ostatními.³⁶ Ani jedna z popsaných vztahových poloh není příznivá a způsobuje problémy. Závažná duševní poruchou mnohdy zabraňují dospělému chování, jako je autoregulace či odpovědnost, s čímž souvisí problém s uspokojivým zastáváním běžných sociálních rolí v oblasti partnerské, rodičovské a profesní. Lidé s duševním onemocněním někdy nejsou schopni omezovat naplňování svých potřeb na úkor ostatních, nebo mají naopak velice nízké sebevědomí, díky čemu nedovedou vést rovnocenné vztahy.³⁷

Duševní nemoc hluboce zasahuje také do rodinného života. Dle Dörnera rodinu ovlivňují především nekonformní způsoby chování, jako je například pasivita a apatie, zanedbávání hygieny a pořádku, porušování každodenních stereotypů, obrácený životní rytmus či přehnané chování v podobě velké uzavřenosti, nebo manické otevřenosti.³⁸ Rodina musí čelit také finančním a jiným sociálním potížím, které se nemocného jedince týkají.

³⁵ PROBSTOVÁ, PEČ, str. 70

³⁶ PROBSTOVÁ, PEČ, str. 52

³⁷ VÁGNEROVÁ, str. 540

³⁸ DÖRNER a kol., str. 18

Pro rodinné příslušníky je někdy těžké akceptovat, že nemocný člen je na stejné mentální úrovni, jako oni a přesto není schopen ovládat některé své pocity.³⁹ Situace v rodině bývá napjatá, jak ze strany nemocného, tak ze strany rodiny, která tápe v tom, jaký zaujmout postoj a jak svému rodinnému příslušníkovi pomoci. Na jedné straně může stát naštvání a na druhé lítost a pocity viny. V neposlední řadě má na rodinu velký vliv nevědomost a odmítavý přístup ze strany okolí směrem k rodině duševně nemocného. Negativní postoj okolí může způsobovat v rodinných příslušnících pocity nedokonalosti a selhání. Proto je velice důležitá podpora celé rodiny v podobě psychické, sociální i edukační.

Duševní nemoc způsobuje také psychické potíže. Mezi nejčastější psychické problémy patří nízké sebevědomí, pocit méněcennosti a selhání, nenávistný a nepřijímající pocit k vlastní osobě, odmítavé a negativní emoce vůči ostatním lidem, uzavřenost, pocit samoty a nepochopení. Všechny nepříznivé emoce způsobují mnoho komplikací ve vztahu k sobě, ostatním lidem a v interakci s prostředím. Lidé s duševním onemocněním mají strach z toho, jak je bude okolí přijímat s jejich neobvyklými problémy a potřebami, proto se mnohdy raději stáhnou do izolace svého vlastního světa. Subjektivní představa lidí s duševní poruchou o svých schopnostech a dovednostech bývá často velmi nízká a vedoucí k podceňování. Mnoho lidí s duševní poruchou si kvůli neustálým pocitům méněcennosti netroufá, žádat o zaměstnání odpovídající dosaženému vzdělání, studovat, nebo věnovat se věcem, o které by se rádi zajímali. Tyto psychické problémy vedou k přerušení sociálních kontaktů, nezaměstnanosti, a dalším potížím vedoucím k sociální frustraci.

Vzájemné vlivy společenských a psychosociálních dopadů nemoci jsou nepotlačitelné. Ztráta zastávání jednotlivých společenských rolí vede k depresím, úzkosti a strachu. Negativní psychické stavy jsou zase činitelem komplikací v sociálním fungování. Ačkoliv jsou duševní poruchy léčitelné, jejich projevy jsou velmi výrazné a limitující. Malá a Pavlovovský podotýkají, že prožívání některé z duševních poruch, jako například deprese patří k největším lidským utrpením.⁴⁰ Všechny problémy spojené s projevy duševního onemocnění lze z pohledu člověka s duševním onemocněním prožívat, jako individuální ztrátu svobody či schopnosti vést plnohodnotný život. Problémy vyplývající s duševní poruchy někdy mohou vygradovat až k odebrání způsobilosti k právním úkonům.⁴¹

Většina lidí trpící duševním onemocněním pociťuje v běžném životě značné omezení. Omezení v každodenním fungování bývají trvalejší než psychiatrické

³⁹ VÁGNEROVÁ, str. 415

⁴⁰ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 13

⁴¹ FIALOVÁ, str. 1

symptomy. Lidé s duševním onemocněním mají méně sociální podpory z důvodu menší sociální sítě. Kvalitu svého života hodnotí často negativně, což vede k pocitům nespokojenosti z vlastního života.

2. Psychosociální pohled na duševní onemocnění

2.1 Strach a předsudky z psychiatrie

Duševní onemocnění bylo vždy automaticky spojováno s psychiatrií, která byla od počátku své existence, jako samostatného oboru vyhledávaným společenským terčem. Lidé se jí zároveň bojí a straní se jí ale, když mohou, dělají si z ní legraci.

Tento strach a předsudky vycházejí již z dávné historie lidstva, kdy byli takzvaní blázni či šíleni odsouváni na okraj společnosti. Dle Foucaulta a jeho Dějin šílenství byl člověk duševně nemocný již v patnáctém století oblíbeným motivem malířů a básníků. Známa loď „bláznů“ byla oblíbeným symbolem, který spojoval vodu a šílenství dohromady. Tento symbol měl, zřejmě vypovídat o nejistotě, která pramenila s velmi nejasných představ o duševním onemocnění. Šílenství se stalo figurou hrozby, strachu, výsměchu a jakési lidské ubohosti. Na základě toho vzniklo množství povídek a moralit. Koncem středověku se tento postoj mění a šílenství začalo být vnímáno, jako určitý druh pravdy, kdy blázen svým zdánlivě naivním a nerozumným jazykem vede lidi k upřímnosti a pravdě. Milencům otevírá oči v lásce, mladým lidem ukazuje pravdu a lhářům chabou realitu.⁴² Bylo by možné strávit mnoho času nalézáním přehnaných postojů k duševní nemoci, ačkoliv se dějinami pohled na duševní poruchy a psychiatrii měnil, vždy byla tato oblast zdrojem předsudků.

Strach veřejnosti vyplývá z existence mnoha neobvyklých přístupů, které lze v rámci psychiatrie zařadit do léčebné terapie. Ačkoliv mnoho invazivních terapeutických metod se dnes již naštěstí nevyužívá, lidé se bojí vlastních stereotypních představ. Ve společnosti koluje mnoho nereálných představ, jako je například dramaticky aplikovaná injekce až po situaci, kdy je nemocný opomíjen personálem a celé dny bezprizorně proleží připoután na lůžku a další podobné situace spojené s psychiatrií.⁴³ Duševní anomálie či problémy se tak pro mnohé stávají hrozbou, o které je někdy lepší se veřejně nezmiňovat.

Psychiatrie je také oblíbeným tématem médií. Na televizních obrazovkách lze vidět několik paradoxů, kdy je na jedné straně poukázáno na smutný osud duševně nemocných, kteří jsou ve své nepřičetnosti uzavřeni na psychiatrických lůžkách a na

⁴² FOUCAULT, str. 17

⁴³ STYX, str. 8

straně druhé bývá ve velkém podporován strach z těchto lidí prostřednictvím vášnivé medializace protizákonné, či nestandardní činnosti lidí duševně nemocných. Ani jeden z extrémů není pravdivý ale pro diváky velmi líbivý pohled na lidi s duševním onemocněním. Není tedy divu, že předsudky a klamné představy o duševním onemocnění jsou v naší společnosti pořád zakořeněné. To, jakou podporu a otevřenost poskytuje celá společnost vůči duševnímu zdraví, významně ovlivňuje to, jak je k lidem s duševním onemocněním, jejich rodinám a v neposlední řadě k pracovníkům v oblasti psychiatrické péče přistupováno. Otázkou je však to, jak může být psychiatrie a přístupy k lidem s duševním onemocněním více humánní, když společnost není mnohdy ochotná překročit ve svých úvahách hranice titulku v novinách.⁴⁴

2.2 Stigmatizace lidí s duševním onemocněním

Diskriminace lidí s duševním onemocněním vyplívá z již uvedeného strachu z psychiatrie. Z důvodu neznalosti charakteru a širších souvislostí v oblasti duševního onemocnění vzniká strach a předsudky vůči lidem s duševním onemocněním. Z toho pramení stigmatizace a odsouvání těchto lidí na okraj společnosti.⁴⁵ Lidé nemají dostačující přehled o tom, co duševní nemoc doopravdy znamená, co způsobuje a jak náročné může být žít s následky duševního poruchy. Neznalý přístup mnoha lidí v tomto oboru ve značné míře přispívá k předsudkům a následně společenské stigmatizaci duševně nemocných.

Šupa ve své expertize stigmatizace uvádí, jako široce definovaný pojem, který lze chápat zejména, jako souhrn negativních stereotypů vedoucí k diskriminačním postojům a praktikám, které znevýhodňují lidi s duševním onemocněním, jejich rodiny a odborné pracovníky pečující o lidi s duševním onemocněním. Stigmatizace přetrvává na úrovni individuální ale i systémové, která ovlivňuje finanční prostředky, stav služeb a možností podpory v oblasti duševního zdraví. Větší část společnosti vnímá lidi s duševním onemocněním, jako méněcennou, homogenní, skupinu duševně zaostalých a mnohdy nebezpečných, jak je mediálně dostatečně známo. Stigmatizace tak způsobuje sociální exkluzi, vyloučení z trhu práce, významné omezení životních šancí a ve velké míře zabraňuje vytváření vhodného systému podpory pro lidi s duševním onemocněním.⁴⁶

Negativní postoje jsou ovlivněny, mnoha faktory, jako například předchozí zkušenosti z psychiatrické léčby, kdy vztah nemocných a pečujících byl velmi nevyvážený, rodina nedostala dostatek informací o modelu léčby a o obsahu nemoci

⁴⁴ STYX, str. 9

⁴⁵ <http://www.bohnice.cz/lecba/ne-stigmatizaci-dusevne-nemocnych/>

⁴⁶ ŠUPA, str. 5, 6

a další neprofesionální přístupy, které vedly k neúspěšným výsledkům léčby. Obraz psychiatrie a duševních nemocí může být tedy ovlivněn minulostí a nemusí striktně souviset pouze s dnešní stigmatizací.

Dalším důvodem stigmatizace, je nízká poptávka po péči v oblasti duševního zdraví, na rozdíl od jiných medicínských disciplín. Existuje mnoho lidí duševně nemocných, kteří z důvodu strachu nevyhledají odbornou pomoc a snižují tak kladnou odezvu v oblasti psychiatrické péče, což podporuje negativní obraz psychiatrie, který se poté odráží v nedostatečných zdrojích pro zřízení a provoz kvalitních služeb následné péče. To způsobuje omezený přístup duševně nemocných k adekvátním službám. Někdy až po vážných projevech, je duševně nemocný člověk odkázán na vhodnou psychiatrickou péči.⁴⁷

Z individuálního hlediska jsou duševní poruchy stigmatizující zejména v situacích interpersonálního kontaktu, to znamená v rodinném a pracovním prostředí. Stigmatizace může změnit prožívání a chování stigmatizovaného člověka. Často dochází k vlastní stigmatizaci, kdy se nemocný podceňuje, má pocit, že nepatří do tohoto světa. Postupně mění obraz o sobě a své chování přizpůsobuje diagnostické nálepce. Hledá ve svém životě důkazy pro své stigma a vytváří tak novou identitu, která je postavena pouze na symptomech nemoci.

Na základě odborného výzkumu: Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii je dokázáno, že stigma v oblasti psychiatrie zabraňuje potřebným vyhledat odbornou pomoc, což významně ovlivňuje průběh onemocnění, s ní související kvalitu života a přezpívá k velmi nízké pozornosti vůči lidem s duševním onemocněním. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním se tak stává významným společenským a celosvětovým problémem, který je nutné řešit.⁴⁸ Postoj společnosti a míra podpory ovlivňuje nejen samotné lidi s duševním onemocněním ale celou situaci spojenou s otázkami duševního zdraví. Na tom, jak odborná i laická populace přijímá člověka s duševním onemocněním s jeho specifickými potřebami, závisí systém péče o duševně nemocné. Velkým pokrokem dnešní doby, je to, že se na oblast spojenou s psychiatrickou péčí nahlíží, jako na oblast duševního zdraví. Z toho vyplývá, že na léčbu duševních poruch se může nahlížet, jako na cestu za zdravím. Tento náhled nevzbuzuje tolik předsudků, čímž pomáhá vytvářet méně stigmatizující pohled na duševní nemoc.

⁴⁷ BHUGRA a kol., str. 423-430

⁴⁸ WINKLER a kol., str. 54-59

2.3 Psychosociální potřeby lidí s duševním onemocněním

Člověk je bytostně sociální tvor, v uspokojování svých potřeb je závislý na ostatních lidech. Ve spolupráci s ostatními je schopen naplnit své základní potřeby čímž se vymezují potřeby čistě lidské, které mohou být uspokojovány, pouze určitými blízkými lidmi. Jedná se například o potřebu bezpečí, kontaktu, lásky, respektu, přijetí, sebe uskutečnění atd. Všechny tyto potřeby lze nazývat psychosociální.⁴⁹

Lidé s duševním onemocněním stejně, jako všichni ostatní mají své psychosociální potřeby, které z mnoha důvodu obtížně naplňují. Jejich potřeby vychází z potřeb ryze lidských a ze specifických situací, které jim jejich nemoc přináší. Obtížně naplňují, jak potřeby psychické tak sociální. Lidé s duševním onemocněním mají problémy s naplňováním základních potřeb, jako je zaměstnání, potřeby sociálních kontaktů, potřeba intimních vztahů a potřeba volnočasových aktivit. Pro zdárné naplňování těchto potřeb je kromě odborné sociální podpory, důležitá dobrá psychická kondice, ve smyslu sebe přijetí, odhodlanosti a otevřenosti. Z toho vychází potřeby psychické, jako například potřeba jistoty, bezpečí, lásky a zejména přiměřené sebelásky. U lidí s duševním onemocněním nelze čekat na spontánní naplnění psychických potřeb a proto je zde důležitá odborná psychická podpora. Pro naplňování zmíněných potřeb, musí být člověk s duševním onemocněním ve stabilizovaném zdravotním stavu, aby byl schopen na své úzdravé spolupracovat. Zde se vynořuje potřeba zdravého těla a ducha, které pomáhá naplňovat medicínská, psychiatrická péče.

Pro zdárné psychické a sociální fungování lidí s duševním onemocněním, je důležitá podpora v oblasti symptomů duševní poruchy, společenské izolace, stigmatizace, získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností, práce, bydlení a smysluplného trávení volného času. Nelze naplňovat pouze některé životní potřeby, protože se všechny vzájemně podmiňují. Z tohoto vychází potřeba komplexní psychosociální pomoci a podpory.⁵⁰

V publikaci Psychologie zdraví se uvádí, že pro naplňování psychosociálních potřeb je velice důležitý pevný systém sociální opory, který je jedním z nejdůležitějších aspektů každodenního života. Sociální opora může mít různý rozsah v podobě makroúrovně, kdy se jedná o celospolečenský systém sociální opory, meziúroveň sociální opory, v rámci které funguje nějaká sociální skupina, která se snaží pomoci svému členovi a mikroúroveň sociální opory, kdy sociální oporu poskytují nejbližší osoby. Lidé s duševním onemocněním mnohdy sít' sociální

⁴⁹ STYX, str. 11

⁵⁰ ŠUPA, str. 5

opory nemají funkční, nebo vůbec vytvořenou, ačkoliv je vědecky dokázáno, že nemocní přicházející z pozitivně fungujících mezilidských vztahů lépe zvládají svou nemoc a její důsledky.⁵¹

Na závěr lze shrnout, že potřeby lidí s duševním onemocněním se dotýkají mnoha oblastí, pro jejich naplňování je nutné využít podporu z mnoha oborů a komplexní přístup péče.

⁵¹ KŘIVOHLAVÍ, str. 93, 95

3. Aktuální trendy transformace psychiatrické péče

3.1 Transformace psychiatrické péče

Transformace psychiatrické péče a její cesta je závislá na ochotě celé společnosti akceptovat člověka s duševním onemocněním s jeho odlišnostmi. Konflikt mezi duševně nemocným člověkem a společností, nezmění pouze správná diagnostika duševní poruchy. Na řešení těchto konfliktů se musí podílet celá společnost.⁵² Jeden z důvodů ke změně v psychiatrické péči je uvědomění, že v oblasti duševního zdraví chybí zainteresovanost společnosti a její ambivalentní přístup. Pouze větší vzdělanost a angažovanost celé společnosti může pomoci překonat již zakořeněné stereotypy v přístupu k lidem s duševním onemocněním.

K plánu aktuální reformy psychiatrické péče se přistoupilo z mnoha důvodů, ale hlavním impulzem je touha zlepšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Velice motivující je uvědomění, že lidem s duševním onemocněním se dodnes nedostalo adekvátní pozornosti, na rozdíl od jiných skupin lidí s dlouhodobým hendikepem. Tito lidé musí neustále dojíždět mnoho kilometrů za svým ošetřujícím psychiatrem, neorientují se v systému podpory, na kterou mají nárok, nedaří se jim zaměstnat, jejich děti a rodiny tápají v tom, co vlastně duševní nemoc obnáší, sociální pracovníci, či jiné profese nezvládají základní diagnostiku duševních poruch, společnost je nevzdělaná k toleranci a další nevhodné postoje zakořeněné v zastaralém systému péče o duševní zdraví.⁵³

3.1.2 Cíle aktuální Psychiatrické reformy

Výše popsané podmínky pro lidi s duševním onemocněním jsou pro dnešní moderní společnost nepřijatelné. Proto si aktuální reforma péče o duševní zdraví klade za cíl zlepšit dostupnost a kvalitu sociálních služeb, zlepšit vzájemnou spolupráci mezi oblastí zdravotní a sociální, zvýšit kvalitu a podmínky péče v současných psychiatrických zařízeních a zajistit větší sociální integraci.

Pro zdárné naplnění těchto cílů je snahou podporovat rozvoj komunitních center o duševní zdraví, destigmatizační a osvětové aktivity, vzdělávat zdravotnické a nezdravotnické pracovníky o změnách systému péče o duševní zdraví. Dále si klade za cíl vzdělávat okolí uživatelů psychiatrické péče, pracovníky justice, školství, samosprávy, úřadů a další. Budou se iniciovat systémové, organizační a legislativní

⁵² STYX, str. 10

⁵³ http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.VUYYJCHtmko

změny, které povedou k nastavení odpovídajících úhradových mechanismů a k zavedení mezioborové spolupráce v souvislosti se sociální prací, školstvím, s oblastí pracovního trhu, justice a bezpečnosti.⁵⁴

V rámci deinstitalizace se nebudou rušit léčebny, protože se v nich stále léčí lidé, ale věří se, že se rozvojem center duševního zdraví sníží kapacitní nároky na velké instituce. Institucionální zařízení pak budou moct zvýšit kvalitu péče a podmínky léčby, což povede k strukturálním změnám. Reforma psychiatrické péče je otázkou několika let, kdy se bude muset plánovaný systém zavést, udržovat a zejména rozvíjet. Jedná se o celospolečenskou proměnu, v rámci které je nutné překonat neochotu institucí změnit způsob zaužívané práce a nepřipravenost většinové společnosti na inkluzivní postoj k lidem s duševním onemocněním.⁵⁵

3.2 Strategie reformy psychiatrické péče

Záměrem celé strategie reformy psychiatrické péče je naplňování práv lidí s duševním onemocněním v co nejširších souvislostech. Cíl strategie vychází z celkového záměru aktuální reformy a jeho obsahem je zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Tento cíl je postupně naplňován sedmi strategickými cíli. Strategie reformy psychiatrické péče byla rozdělena do tří hlavních oblastí. První oblast se zabývá formulací strategie, druhá tvorbou Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním a třetí realizací jednotlivých projektů pracujících na zajištění výsledků.⁵⁶ Strategie je rozpracována do jednotlivých detailních plánů, na základě, kterých probíhá činnost specializovaných pracovních skupin, které tvoří 8 oblastí práce, zahrnující vše potřebné, počínaje tvorby standardů, rozvoj sítě psychiatrické péče, humanizace psychiatrie, destigmatizace, udržitelné financování, vzdělávání, meziresortní spolupráce až po legislativní změny.⁵⁷

3.2.1 Popis jednotlivých strategických cílů

Prvním cílem je zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování. Tento cíl reaguje na zpětnou vazbu uživatelů psychiatrické péče a veřejnosti, která poukazuje na nedostatky v poskytování zdravotní péče a na minimální provázanost služeb zdravotních a sociálních. Dalšími nedostatky je dostupnost péče a chybějící vazby mezi poskytovanými službami. Změna organizace by měla vést ke zkvalitnění poskytovaných služeb, čímž zajistí

⁵⁴ http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.VUYYYJCHtmko

⁵⁵ http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.VUYYYJCHtmko

⁵⁶ <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/implementacni-ramec/#.VUY1YSHtmko>

⁵⁷ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, str. 28

kvalitnější péči pro své uživatele. Systém psychiatrické péče vytvoří mechanismy pro kontrolu a reflexi své praxe a bude také reflektovat současné trendy. Klíčovým bodem je vznik center duševního zdraví, které se stanou novým pilířem poskytování psychiatrické péče, s návazností na sociální služby.

Druhým cílem je omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie. Tento cíl vychází z výsledků mapování vnímání duševně nemocných ve společnosti. Z výsledků je patrné, že duševně nemocní jsou stigmatizováni a mají proto horší podmínky při začlenění do společnosti, léčbě, zaměstnávání i vzdělávání. Cílem destigmatizace je zlepšit kvalitu života duševně nemocných a rozšířit příležitosti pro jejich začlenění. Klíčovým bodem pro naplnění tohoto strategického cíle bude edukace laické i odborné společnosti. Hlavním předpokladem je vytvoření dlouhodobých destigmatizačních a vzdělávacích programů.

Třetím cílem je zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí. Tento cíl vychází z identifikace nedostatků v poskytované péči, které v konečném důsledku zhoršují kvalitu života lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám. Hlavním předpokladem pro naplnění tohoto cíle je zlepšení komunikace mezi odbornými pracovníky, duševně nemocnými a jejich rodinami. Zvýšená spokojenost duševně nemocných a jejich rodin má velký dopad na naplňování globálního cíle reformy, který si klade za povinnost zvýšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Klíčovou činností pro naplnění těchto cílů bude opět edukace laické i odborné veřejnosti a propojování zdravotních a sociálních služeb.

Čtvrtý cílem je zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci. Tento cíl vychází ze shromážděných dat vypovídající o neschopnosti systému zdravotnictví vyhledat včasně skrytou psychiatrickou diagnózu. Pro naplnění tohoto cíle je nesmírně důležité rozšiřovat vzdělávání lékařů i odborných pracovníků mimo oblast psychiatrie aby se zlepšila schopnost odhadnout psychiatrickou diagnózu, což povede k rychlejší vhodné léčbě člověka s duševním onemocněním. Skrytá nemoc znemožňuje nemocnému vyhledat odbornou pomoc a tím se zhoršuje kvalita jeho života. Předpokladem je rozšíření vzdělávání ve zdravotnictví.

Pátým cílem je zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.). Vzdělávání a plnohodnotné začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti je vnímáno, jako velmi nerozvinuté. Mnoho duševně nemocných nemůže dosáhnout adekvátního stupně uplatnění, což opět zhoršuje kvalitu jejich života. Klíčovým opatřením je zde opět zvýšení spolupráce mezi zdravotní a sociální oblastí a zavedení center duševního zdraví.

Šestým cílem je zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb. Zdravotní sociální a další návazné služby pro lidi s duševním onemocněním jsou organizované v rámci různých resortů a územně samosprávných celků. Provázanost těchto služeb je nedostatečná, protože duševně nemocní vyžadují kromě psychiatrické péče pro své uplatnění ve společnosti také sociální služby a další vzdělávání. Klíčovým krkem je zde zvýšení vzájemné provázanosti a důraz na mezioborovou spolupráci a multiprofesní přístup. Důležitá je spolupráce mezi zdravotnickými a nezdravotnickými resorty.

Sedmým cílem je humanizace psychiatrické péče. V ČR je lůžková psychiatrická péče založená především na institucionální bázi. Tento model je výsledkem nedostatku dostupných komunitních služeb. Velmi důležité je zvýšení kvality poskytované péče a podmínek v již fungujících zařízeních. Je možné tak učinit investováním do kultivace psychiatrických léčeb, nemocnic a psychiatrických oddělení nemocnic. Rozvoj péče v rámci center duševního zdraví, optimalizace provázanosti a modernizace psychiatrické péče povedou ke zkvalitnění života. Rozvinutím extramurální péče se zredukuje lůžkové kapacity, což se pokládá za klíčové opatření tohoto cíle. Předpokladem pro naplnění cíle je vytvoření nového systému financování psychiatrické péče.⁵⁸

3.3 Aktuální směr v psychiatrické péči

Z jednotlivých strategických cílů je patrné, že se v současné době v psychiatrické péči dějí zásadní změny, které se zaslouhují o převrat zastaralých stereotypů a snižování stigmatizace psychiatrii. Vznikají centra duševního zdraví, která se snaží o propojování zdravotnické a sociální pomoci. Rozvoj center duševního zdraví, je stěžejní pro většinu strategických cílů. Zavedením tohoto nového pilíře psychiatrické péče se řeší mnoho zásadních problémů. Díky centrům duševního zdraví se rozvíjí extramurální péče a mezioborová spolupráce. Propojením psychiatrických i nezdravotních profesí vzniká multiprofesní přístup k lidem s duševním onemocněním, který zabraňuje sociálnímu a duševnímu propadu těchto lidí.

Díky změně organizace a restrukturalizaci psychiatrické péče vzniká propojenější komunikační řetězec mezi pacientem, jeho rodinou, psychiatrem, sociální péčí a dalšími potřebnými složkami péče. Funkční komunikace mezi jednotlivými složkami péče zvyšuje integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti, zabraňuje jejich sociální inkluzi, zvyšuje srozumitelnost obsahu

⁵⁸ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, str. 31-33

duševních poruch pro pacienty a jejich rodinné příslušníky. Všechny výše uvedené složky se účastní probíhající změny.

Vzděláváním zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků, duševně nemocných lidí a jejich rodinných příslušníků, laické veřejnosti a dalších skupin se zmírňuje nejen stigmatizace lidí s duševním onemocněním, ale zvyšuje se pozornost a prostředky pro tuto cílovou skupinu. Z neméně důležitého pohledu se vyšší vzdělaností v oblasti duševního zdraví rozšiřuje mezioborová spolupráce při naplňování globálního cíle reformy, který usiluje o zkvalitnění života lidí s duševním onemocněním. Tento cíl je postupně naplňován v etapě od roku 2014 do roku 2023. Jednotlivé strategické cíle ho však naplňují pouze do určité míry, proto nelze po roce 2023 očekávat kompletně změněný stav psychiatrické péče, který by naplňoval všechny potřeby a očekávání lidí s duševním onemocněním.⁵⁹

Transformace v psychiatrické péči reaguje na pospané dopady duševních onemocnění, na stigmatizaci cílové skupiny, a na dlouhodobě opomíjené potřeby lidí s duševním onemocněním. Aktuálně probíhající reforma psychiatrické péče respektuje psychosociální potřeby lidí s duševním onemocněním a snaží se je naplňovat, prostřednictvím komplexních přístupů péče. Autoři reformy si uvědomují, že zdokonalení mezioborové spolupráce je pro kvalitní péči o duševní zdraví nepostradatelné.

⁵⁹ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, str. 28

4. Mezioborová spolupráce, jako součást systému péče o lidi s duševním onemocněním

4.1 Komplexní přístup k lidem s duševním onemocněním

Duševní onemocnění vyžaduje komplexní přístup péče, který vnímá člověka, jako celistvou bytost ve všech dimenzích a bere jej vážně se všemi jeho specifickými potřebami. Pro uzdravení lidí s duševním onemocněním je důležitá zejména farmakoterapie, psychoterapie, socioterapie ergoterapie a další terapeutické možnosti.

4.1.1 Formy terapie v rámci komplexního přístupu

Po dobu hospitalizace je kladen důraz především na nastavení vhodné farmakoterapie a stabilizaci akutního stavu. Po jejím ukončení je prostor zejména pro psychosociální intervenci.⁶⁰ Pokud by nebyl po ukončení hospitalizace zprostředkován psychosociální rehabilitační program, mohlo by dojít k výraznému zhoršení příznaků nemoci, následnému relapsu a k sociálnímu vyloučení.

Farmakoterapie

Cílem farmakoterapie je předcházení relapsům nemoci, které se odráží na sociálním životě nemocného. Psychofarmakologická léčba slouží především ke zklidnění a regulaci akutních příznaků nemoci. Farmakologická léčba má smysl, pouze pokud nemocný pravidelně užívá předepsané léky a akceptuje jejich nepostradatelnost.⁶¹ Díky zklidnění akutního stavu pomocí farmakoterapie, je možné pracovat na naplňování dalších psychosociálních potřeb.

Psychoterapie

Důležitou součástí psychosociální podpory je psychoterapie. Nemocný se vypořádává s tím, že onemocněl, že bude muset přizpůsobit svůj život limitům, které nemoc obnáší, že možná nezvládne to, co si v životě předsevzal.⁶² Psychoterapeutický přístup pomáhá nemocnému zvládat jeho úzkosti, obavy a respektuje jeho adaptační a socializační tempo. Psychoterapie slouží jako podpora v zvládání obtíží, které nemoc přináší, umožňuje pacientovi lépe pochopit sebe

⁶⁰ HOSKOVCOVÁ, str. 53

⁶¹ VÁGNEROVÁ, str. 365

⁶² PRAŠKO a kol., str. 40

a svou chorobu, díky čemuž ho také podněcuje ke zlepšení sociálních dovedností.⁶³ Psychoterapeutický přístup pomáhá nemocnému přijímat sebe i s důsledky nemoci a dodávat odvalu pro nové kroky ke zlepšení sociální a zdravotní situace. Podstatou psychoterapie je lidský vztah důvěry a naděje. Pro lidi se závažným duševním onemocněním je nesmírně důležitý pocit, že je zde někdo, kdo je respektuje se všemi potížemi a nejistotami.⁶⁴ Terapeutických přístupů existuje mnoho, některé jsou zaměřeny na kognitivní schopnosti, jiné jsou postaveny na behaviorálním základu. Všechny však pomáhají lidem s duševním onemocněním zlepšit jejich přirozené schopnosti zapojit se do různých sociálních prostředí, jako rodina, práce, širší společnost či terapeutická komunita.⁶⁵ Psychoterapie je považována za nezbytnou součást psychosociální péče o duševní zdraví a sociální sebeuplatnění.

Ergoterapie

V oblasti péče o duševní zdraví, je ergoterapie velice využívaná disciplína, která se snaží zapojit nemocného do vybraných úkolů za účelem obnovit, posílit či zvýšit jeho výkon práce, podněcovat učení dovedností potřebných pro běžný život. Ergoterapie usiluje o maximální participaci jedince v každodenním životě, prostřednictvím nácviku různých pracovních činností. Využívá specifické metody a činnosti k nácviku konkrétních dovedností. Hlavním cílem je pomoci jedinci pracovat v smysluplných a nepostradatelných oblastech. Dílčími cíli je rozvíjení, udržení a podpora normálního funkčního výkonu práce v průběhu jeho života a minimalizace jeho disfunkčních výkonů.⁶⁶ Ergoterapie čerpá, jak z lékařské oblasti, tak z oblasti sociální. Zaměřuje se na přirozený kontext zaměstnávání v životě nemocného, přičemž se zajímá o to, jaký vliv má nemoc na schopnost provádět jednotlivé činnosti a jak docílit rovnováhy mezi schopnostmi jedince, nároky jednotlivých činností a faktory prostředí. Jako obor je přesvědčená, že člověk je aktivní bytost, která se prací sebe uskutečňuje.⁶⁷ Zejména v době hospitalizace, kdy, je člověk s duševním onemocněním odloučen od běžné činnosti, je ergoterapie velice potřebná, pro zachování určitého řádu a procvičení zhoršených funkcí v důsledku nemoci.

⁶³ VÁGNEROVÁ, str. 365

⁶⁴ PEČ, PROBSTOVÁ, str. 38

⁶⁵ <http://www.schizophrenia24x7.cz/psychotherapy-and-psychosocial-interventions>

⁶⁶ KRIVOŠÍKOVÁ, str. 16, 18, 19

⁶⁷ JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, str. 13, 14

Socioterapie

V rámci péče o lidi s duševním onemocněním je pozitivně hodnocena psychosociální rehabilitace. Psychosociální rehabilitace je souhrn prostředků, „jehož činnosti směřují k tomu, aby lidem s psychosociální nedostatečností pomohly optimalizovat kvalitu jejich života a soběstačnost tak, že mohou působit v různých, svobodně zvolených prostředích (bydlení, zaměstnání, další) způsobem, který jim přináší osobní i sociální uspokojení.“⁶⁸ Cílem je zaměřit se na člověka a jeho okolí. Jedná se o podporu jedincova schopností a naopak naučit ho žít s chronickým nedostatkem, který nemoc přináší. Je možné toho dosáhnout úpravou přirozeného prostředí, nabídnutím sociálních služeb, poskytováním sociálního poradenství, učením rodiny a přátel jak zacházet s projevy nemoci a další podporující přístupy.

Výzvou je najít optimální kombinaci odpovídající současné situaci ale přitom nabízející východiska do budoucnosti. Jedná se o dynamický model, který je neustále přizpůsobován motivaci jedince a možnostem při hledání nejvyššího cíle. Nejvyšším cílem je v tomto případě kvalita života.⁶⁹ Kvalitu života vytváří podmínky každodenního života jako například mzda, práce, sociální vztahy. Cílem je získat pocit uspokojení z běžných každodenních činností.

Lze shrnout, že rehabilitace působí na člověka ve třech dimenzích. Vztahy, činnost a čas. Cílem těchto tří dimenzí je umožnit člověku s duševním onemocněním co nejvyšší samostatnost ve vztahu k sobě a k ostatním. Potřebuje k tomu udržet optimální duševní rovnováhu a schopnost péče o vlastní osobu v oblasti bydlení, práce a volného času. Optimálnost každé z těchto složek napomáhá při začlenění se do společnosti.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách lze nalézt služby spadající do psychosociální rehabilitace pod Sociální rehabilitaci, jejímž cílem je pomoc lidem prostřednictvím vhodných sociálních služeb k co největší samostatnosti a soběstačnosti v primárních složkách běžného života. Pomáhá lidem rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti takovým způsobem, který jim umožní co nejvyšší míru samostatného začlenění do společnosti.⁷⁰ Sociální rehabilitace je zaměřena na konkrétní potřeby, jako je potřeba pracovat, potřeba zařídit si osobní administrativu, umět se orientovat v dopravních prostředcích a další konkrétní životní potřeby. Pomáhá klientovi orientovat se v běžném životě tak, aby ho jeho nemoc nevyčleňovala ze společnosti a nevzdalovala od již existujících sociálních vztahů.⁷¹

⁶⁸ WILKEN, HOLLANDER, str. 6

⁶⁹ WILKEN, HOLLANDER, str. 6

⁷⁰ <http://www.mpsv.cz/cs/9>

⁷¹ MAHROVÁ, VANGLÁŘOVÁ, str. 93

Sociální rehabilitace je poskytována formou terénních a ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.⁷²Jedná se o různé druhy služeb, ale všechny se zaměřují na „ porozumění člověku jako jedinci, který žije v interakcích se svým prostředím. Usiluje o rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu člověka a jeho mezilidských vztahů.“⁷³

Jednotlivé terapeutické obory se prolínají a navzájem ovlivňují. Například dle Vymětala psychoterapie a socioterapie se ve své činnosti prolínají a částečně překrývají. Socioterapeutické aktivity mají psychoterapeutický potenciál, protože jejich obsah působí blahodárně na psychiku duševně nemocného člověka. Díky socioterapii člověk může dosáhnout pocitu sebe přijetí, radosti z běžného života, což má psychoterapeutický charakter. Díky socioterapeutickým aktivitám se vynořují klíčová témata pro psychoterapii.⁷⁴ Velmi účinné je paralelní působení všech těchto oborů a vzájemná týmová spolupráce. Duševní onemocnění vyžaduje komplexní systém péče. Nemocný jedinec se většinou potýká s mnoha problémy, protože jeden závažný problém vyvolává další.

4.2 Systém péče o duševní zdraví v ČR

Systém péče o duševní zdraví v ČR vychází z aktuálně probíhající reformy psychiatrické péče a snaží se naplňovat její předsevzetí a cíle. Velký vliv na současný psychiatrický model má však také minulost psychiatrické péče, která se svými zakořeněnými systémy prolíná do současnosti. Jak je i z reformy psychiatrické péče patrné, nelze čekat okamžitý převrat systému, ale lze postupně měnit postoje a naplňovat tak potřeby lidí s duševním onemocněním. Systém péče o duševní zdraví by měl vycházet zejména z psychosociálních potřeb lidí s duševním onemocněním, jejich blízkých a měl by brát ohled také na pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví, kteří ve velké míře zodpovídají za kvalitu poskytované péče a služeb.

Z legislativního hlediska je oblast péče o duševní zdraví velice široké téma zasahující do mnoha právních oblastí. Z Mapování stavu psychiatrické péče je patrné, že ochrana lidí s duševním onemocněním je upravována na základě mezinárodních smluv, se kterými je ČR vázána, vnitrostátního práva i na základě měkkých práv, jako jsou standardy CPT, Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy, zásady OSN ochrany duševně nemocných a nelze nezpomenout ani na judikaturu Ústavního soudu, který upravuje způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví.

⁷² Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

⁷³ MAHROVÁ, VANGLÁŘOVÁ, str.10

⁷⁴ VYMĚTAL, str. 261, 262

Česká republika je jedna z mála zemí Evropské unie, která neměla až do doby současné Reformy psychiatrické péče vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem toho, bylo nesystematické zřizování psychiatrických institucí, chybějící, nebo nerovnoměrně rozmístěná ambulantní péče, nehumánní zastaralá lůžková péče a zejména nedostatek komunitních služeb a mezioborové spolupráce.⁷⁵

Péče o lidi s duševním onemocněním je realizovaná systémem vzájemně propojené sítě služeb a péče. Základ této sítě tvoří psychiatrické léčebny, psychiatrické ambulance, klinicko psychologické ambulance a komunitní péče, která představuje můstek mezi zdravotní a sociální péčí.⁷⁶ Dle psychiatrické reformy by měl systém péče o duševní zdraví stát na čtyřech základních pilířích, které představují ambulanci, psychiatrickou léčebnu, psychiatrické oddělení nemocnic a nově začleněný pilíř centrum duševního zdraví.⁷⁷ Základem propojeného přístupu k léčbě, terapii i rehabilitaci u duševních onemocnění systém propojené práce péče ambulantní, lůžkové a komunitní.

V současnosti se ještě stále odehrává většina péče o duševní zdraví prostřednictvím ambulantní péče, a to z hlediska kvantity i z časového hlediska. Ačkoliv hospitalizace zachycuje podstatnou část léčby, pacient zůstává v dlouhodobém kontaktu zejména s ambulantním psychiatrem, který mapuje kontinuitu procesu léčby, terapie a rehabilitace.⁷⁸ Významným faktorem léčby je sociální prostředí nemocného, se kterým by měli být všichni pečující v oblasti psychiatrické péče propojeni. Z tohoto důvodu, je dnes kladen důraz na podporu center duševního zdraví, které jsou prostředníkem mezi oblastí zdravotní a sociální. Ačkoliv se komunitní péče v ČR nepodařilo ještě plně rozvinout a většina psychiatrické péče má institucionální charakter, tak perspektivním základem komunitní péče, je poměrně široká síť psychiatrických a klinicko- psychologických ambulancí.⁷⁹

Mahrová a Venglářová popisují, že z obecného hlediska je pro člověka s duševním onemocněním důležité, aby do systému péče o duševní zdraví patřila jeho rodina, přátelé, komunita, ambulantní psychiatr, psycholog, psychoterapeut, sociální pracovník a další potřebné složky.⁸⁰ Z toho vyplývá, že systém péče o duševní zdraví vyžaduje propojenost všech složek podpory a péče, které mohou pomoci k vyšší kvalitě života lidí s duševním onemocněním. Tento fakt podněcuje ke

⁷⁵ RABOCH, WENIGOVÁ, str. 28

⁷⁶ RABOCH, WENIGOVÁ, str. 15

⁷⁷ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, str. 34

⁷⁸ RABOCH, WENIGOVÁ, str. 17

⁷⁹ RABOCH, WENIGOVÁ, str. 20

⁸⁰ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 44

zkvalitnění komunitní péče, mezioborové spolupráci a k rozvoji Center duševního zdraví.

4.2.1 Komunitní péče

Komunitní péče tvoří součást základu propojené sítě psychiatrické péče. Rozvoj komunitní péče je velmi důležitý pro komplexní péči o lidi s duševním onemocněním. Zkušenost z transformace péče o duševní zdraví v západní Evropě ukázala, že komunitní péče přináší zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním a proto, její nedostatečnost v ČR byla jedním z důvodů aktuální reformy. Nejsilnějším podnětem k rozvoji komunitní péče byl poznatek, že dlouhodobý pobyt v psychiatrické léčebně je sám o sobě velmi škodlivý. Dalším impulzem byl objev antipsychotických léků, které umožňovaly léčbu mimo instituci.⁸¹

Péče, která má komunitní povahu využívá terapeutický a léčebný charakter přirozeného prostředí a společenství. Komunitní péče je v posledních letech osvědčeným trendem v péči o duševně nemocné, protože se odklání od péče institucionální, čímž umožňuje nemocnému, kvalitnější podmínky života. Komunitní péče je souhrn programů, přístupů a služeb, jejichž cílem je umožnit člověku s duševním onemocněním žít v uspokojivých podmínkách běžného života, tak aby byly co nejvíce naplňovány jeho zdravotní, psychologické a sociální potřeby.

Mezi základní charakteristické prvky komunitní psychiatrie patří mezioborovost. V komunitních službách se pracuje v multidisciplinárních týmech. Dalšími charakteristickými prvky jsou mobilita, propojenost jednotlivých služeb, péče ve vlastním prostředí klienta a orientace na dodržování lidských práv.⁸² Posláním komunitní péče je úzdrava pacienta, která může být vnímána, jako hluboce osobní proces změny přístupů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Tento proces uzdravy je znám také, jako koncept Recovery. Ačkoliv Recovery koncept není u nás, ještě tolik zaužívaný jeho princip je cílem zdejší komunitní péče a představuje způsob prožívání uspokojivého, naplněného života i s omezením, které duševní nemoc přináší.⁸³

Komunitní péče se snaží zajišťovat vhodnou podporu v naplňování sociálních rolí v oblasti práce, bydlení, vztahů, sociálních kontaktů a další. Cílovou skupinou jsou kromě lidí s duševním onemocněním také jejich rodinní příslušníci, a další příslušníci komunity, kteří musí být dostatečně podporováni, aby mohli poskytovat potřebnou péči. Komunitní péče se snaží využívat přirozených sil a zdrojů v boji

⁸¹ ŘÍČAN, str. 1

⁸² RABOCH, WENIGOVÁ, str. 62

⁸³ ŘÍČAN, str. 5

proti nemoci a tím zapojovat zdravé stránky osobnosti pacientů. Tento biopsychosociální model spolupráce mezi odborníky a pacienty má velký vliv na schopnost sebeurčení, sebeaktualizaci a sociální začlenění.⁸⁴

Systém podpory vychází ze zaměření na osobu klienta. Podpora je členěna na podporu v komunitě to znamená v běžných životních podmínkách klienta, podpora poskytovaná běžnou populací, například prodavačka v obchodě, která je připravená pomoci člověku s duševním onemocněním tím, že trpělivě čeká, než najde svou peněženku, podpora pro komunitu, kdy jsou profesionálové pomáhající lidem v okolí pacienta, aby mohli nadále pomáhat svým blízkým. To se děje prostřednictvím edukace, konzultací s rodinnými příslušníky či blízkými lidmi. Na komunitní péči se podílí řada profesionálů i laiků, z čeho vyplývá, že služby komunitní péče lze rozdělit na služby neformální poskytované všem občanům, kteří se účastní pomoci a služby specializované pro lidi s duševním onemocněním. Specializované služby lze nazývat Komunitní psychiatrie, která poskytuje diagnostiku, včasné vyhledání duševní poruchy, léčbu a prevenci.

V rámci naplňování potřeb lidí s duševním onemocněním je dnes v komunitní péči čím dál častěji využívána metoda práce CAN – Camberwelský formulář pro hodnocení potřeb. Je to metoda, která se snaží o zachycení potřeb a problémů se zastáváním sociálních rolí. CAN mapuje naplněné i nenaplněné potřeby lidí s duševním onemocněním a podporu, která jim je poskytována okolím. Tyto informace jsou poté východiskem, pro další šetření v potřebných oblastech, pomoc a léčbu. CAN je prováděn prostřednictvím speciálního formuláře, který je zaměřen na oblast zdravotní, psychickou, sociální a osobní. Jeho administrace většinou netrvá déle než 30 minut. Je to srozumitelný, časově i organizačně nenáročný nástroj pro vhodné stanovení individuálního plánu péče, pro průběžné monitorování stavu nemocného, zjišťování účinnosti intervence a pro zkvalitnění péče.⁸⁵

Komunitní péči lze dle Carlinga nazvat také koordinující agenturou, kdy uprostřed stojí člověk s duševním onemocněním individuálně veden casemanagerem, který ho nasměrovává na další potřebné zdravotní i sociální služby.⁸⁶ V ČR je komunitní péče poskytována zdravotními komunitními službami, jako jsou například denní stacionáře, či krizová centra a spadají do resortu zdravotnictví a službami psychosociální rehabilitace, která je většinou poskytována neziskovými organizacemi a formálně spadá pod komunitní sociální služby. Zde jsou poskytovány

⁸⁴ PROBSTOVÁ, PEČ str. 184, 185

⁸⁵ PROBSTOVÁ a kol., str. 14, 25

⁸⁶ PROBSTOVÁ, PEČ str. 186

zejména služby v oblasti bydlení, zaměstnání, volného času a další. Někde však již fungují propojené celky těchto služeb, které lze nazývat meziresortní služby.⁸⁷

4.3 Centra duševního zdraví

Díky reformě psychiatrické péče se běžná komunitní péče postupně transformuje do Center duševního zdraví, které by měly být umístěné v běžných občanských lokalitách a poskytovat tam komplexní zdravotní a sociální péči. Tímto se vytváří regionální zodpovědnost za obyvatele s duševním onemocněním. Díky tomu se rozprostírá péče o duševní zdraví do více zařízení a zabraňuje se přetěžování jednotlivých institucí a služeb.⁸⁸

Nízká koordinace v oblasti psychiatrické péče je problém, na který poukazuje řada studií. Z mapování stavu psychiatrické péče, které probíhalo v roce 2012, je jasně patrné, že pětina hospitalizovaných pacientů přichází na lůžkové oddělení, bez jakéhokoliv doporučení. Tento fakt vypovídá o nedostatečné až chybějící včasné intervenci, která by mohla zabránit určitému procentu hospitalizací. Reforma psychiatrické péče definovala potřebu Center duševního zdraví, jejímž obsahem bude zejména koordinace péče pro osoby s duševním onemocněním.⁸⁹

Centra duševního zdraví poskytují zdravotní i sociální služby, které pracují na základě týmové spolupráce a vykonávají terénní i ambulantní péči. Jsou časově dobře dostupná, blízká přirozenému prostředí svých klientů a nízkoprahová. Centra duševního zdraví by měli představovat můstek mezi primární psychiatrickou péčí a akutní specializovanou péčí. Cílem a funkcí Center duševního zdraví je prevence hospitalizací, jejich zkrácení a integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti. Pro naplnění své funkce vytváří vhodné programy, zajišťuje ve svém regionu propojení ambulantní, lůžkové a sociální péče. Poskytuje individuální a flexibilní péči formou case managementu a to bez čekací lhůty. K dosažení co nejvyšší možné společenské integrace, klinického a sociálního uzdravení, spolupracuje Centrum duševního zdraví s dalšími potřebnými složkami podpory, jako jsou například služby v oblasti zaměstnání, bydlení volnočasových aktivit a další. Péče poskytovaná Centry duševního zdraví je odvozená z praxe služeb komunitní psychiatrie, jako například z krizové intervence či z psychosociální rehabilitace. Tyto služby prokazatelně snižují frekvenci relapsů nemoci, snižují zátěž, která je kladena na rodinu, vedou k vyšší samostatnosti v oblasti bydlení zaměstnání a zvyšují tak spokojenost lidí s duševním onemocněním.

⁸⁷ RABOCH, WENIGOVÁ, str. 62

⁸⁸ <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/reforma-psychiatricke-pece-475769>

⁸⁹ FIALA a kol., str. 4

Vzhledem k tomu, že v Centrech duševního zdraví dochází k propojení zdravotních a sociálních služeb, je jejich činnost řízená zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách a Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách.⁹⁰ Všechny služby Centra duševního zdraví, jsou poskytovány multidisciplinárním týmem. Členové týmu pracují terénním způsobem i ambulantně, sdílí a předávají si veškeré důležité informace o klientech a většinu péče poskytují svým klientům v jejich přirozeném prostředí.⁹¹ Jedná se o mobilní služby, denní služby, krizové služby, psychiatrická a klinicko-psychologická ambulance.

4.4 Mezioborová spolupráce

Mezioborová spolupráce by měla být v péči o duševně nemocné využívána ve všech pilířích psychiatrické péče. Týmová péče je základním principem současných psychiatrických trendů. Ačkoliv pro samotnou mezioborovou spolupráci neexistuje jasná definice, tak její obsah se ukrývá, pod jinými názvy týmové spolupráce. Bez týmové spolupráce by péče o lidi s duševním onemocněním byla jednostranná a nedokázala by řešit celkový problém, ve kterém se člověk duševně nemocný kvůli své nemoci nachází. Multidisciplinárnost, tým či meziobor patří mezi nejfrekventovanější pojmy v rámci transformace v péči o duševní zdraví.

Duševní nemoc sama o sobě zabírá mnohem větší prostor, než je na první pohled představitelné. Její stín leží nejen na samotném člověku s duševním onemocněním, ale i na jeho okolí. Situace, ve které se člověk s duševním onemocněním nachází, je v mnoha ohledech velmi individuální, a proto je potřebné najít specifickou cestu k zvládnání potíží. Z toho důvodu se na cestě překážek účastní kromě člověka s duševním onemocněním, jeho rodiny i řada různých odborníků, přičemž se každý podílí na řešení určité části této cesty, pro kterou je kompetentní.⁹² V péči o duševní zdraví dochází k prolínání mnoha oborů, odborníků i laiků. V rámci pomáhajících profesí je na člověka nahlíženo, jako na bytost biopsychosociální. V týmech, které pečují o lidi duševně nemocné, by tedy měli být zastánci různých oborů.⁹³

Nejlépe viditelná mezioborová spolupráce se děje prostřednictvím komunitní práce, která staví na propojenosti několika oborů a snaží se pokrývat komplexní potřeby lidí s duševním onemocněním. V rámci Center duševního zdraví se odehrává mezioborová péče o lidi s duševním onemocněním, která propojuje zdravotní a sociální sféru pod jednou střešou. Tento nový pilíř v systému péče o duševní

⁹⁰ FIALA a kol., str. 6

⁹¹ FIALA a kol., str. 8

⁹² MAHROVÁ, VANGLÁŘOVÁ, a kol. , str. 60

⁹³ MAHROVÁ, VANGLÁŘOVÁ, a kol. , str. 69

zdraví je základnou a prostorem pro mezioborové propojení. Mezioborová spolupráce zde probíhá zejména prostřednictvím multidisciplinárních týmů, v rámci kterých probíhají jednotlivé přístupy odpovídající komplexní léčbě.

4.4.1 Multidisciplinární práce

Multidisciplinární práce probíhá prostřednictvím multidisciplinárních týmů. Multidisciplinární tým je založen na rovnocenné spolupráci různých specialistů a koordinaci více postupů.⁹⁴ Jedná se zejména o vytváření podpůrné sítě, v jejíž středu stojí člověk s duševním onemocněním, který má kolem sebe svépomoc, rodinu a přátelé, zdravotní a sociální služby. Pro vytvoření silné podpůrné sítě je potřebné využít kromě standardních přístupů i jiných prostředků, jako například psychoedukace pacientů, jejich rodinných příslušníků, laické i odborné veřejnosti, svépomocných skupin atd. Na vytváření podpůrné sítě se podílí řada odborníků, díky kterým pak vznikají nové podporující složky týmu, jako například sám klient, jeho rodina či přátelé. Důležitá je ochota spolupracovat důvěřovat ostatním týmovým spolupracovníkům a uvědomění, že každý člen týmu je důležitý.⁹⁵

V týmech spolupracují psychiatři, psychiatrické sestry, psychologové, psychoterapeuti, ergoterapeuti a sociální pracovníci. Každý je zodpovědný za svou část péče a zároveň spolu sdílí informace o své práci. Práce všech účastníků týmu probíhá dle specifických plánů stanovených na základě individuálních potřeb nemocného. Jeden člen z týmu může být zvolen pro koordinaci veškeré činnosti a zodpovídat za její kvalitní naplňování.⁹⁶ V rámci své práce mohou členové týmu pořádat případové konference, na kterých konzultují průběh své činnosti, průběh zotavování nemocného ve všech rehabilitačních oblastech, úspěchy a případné krize či nedostatky práce.

Cílem všech účastníků týmu je postupně navázat kontakt s nemocným a zjistit jeho potřeby. Podle publikace Psychiatrie pro sociální pracovníky je hlavním kritériem navázat s nemocným profesionální vztah, na základě kterého je možné zajistit podmínky spolupráce. Posléze je snahou zajistit naplňování potřeb, prostřednictvím vhodných intervencí.⁹⁷ Dílčím cílem je dle Podhajske vytvořit kolem nemocného zdravotní a sociální síť podpory, která zajišťuje stabilní základnu pro naplňování jeho potřeb. Posláním multidisciplinární práce je posílit zdroje podpory v okolí klienta a tím podpořit jeho nezávislost samostatnost a co nejdélejší setrvání

⁹⁴ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, str. 143

⁹⁵ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 63

⁹⁶ RABOCH, WENIGOVÁ, str. 65, 66

⁹⁷ PEČ, PROBSTOVÁ, str. 188

v domácím prostředí.⁹⁸ Tento cíl je naplňován zejména prostřednictvím psychiatrické péče, psychologické péče, psychoterapie, psychosociální rehabilitace, ergoterapie a dalšími vhodnými službami.

Důležité je podtrhnout, že součástí multidisciplinárního týmu je sám klient a jeho rodina. Je podstatné, aby si lidé s duševním onemocněním uvědomovali svou roli v týmové práci, a byli si vědomi toho, že jsou rovnocennou součástí týmů. Odpovědnost nemocného na procesu uzdravení je velice důležitá. Je na něm, do jaké míry využívá nabízené podpory a jak intenzivně chce spolupracovat. Důležitý je nácvik asertivity a sebereflexe, které umožňují nemocnému lépe porozumět svým potřebám, na základě kterých je postavena síť podpory. Týmovou práci vždy aktivně i pasivně ovlivňuje sám nemocný jedinec. Mnohdy například stačí, že přestane brát předepsanou medikaci a práce celého týmu se tak zkomplikuje. Někdy se z různých důvodů členové týmu setkávají s neochotou spolupracovat, která může pramenit z mnoha důvodů.⁹⁹ Jedním z nich je nevědomost v oblasti své duševní poruchy. Z toho vyplývá bezmoc, nemotivovanost, apatie a další bezradné pocity z aktuálního stavu. Je nesmírně důležité pomoci člověku s duševním onemocněním vytvořit si vlastní zodpovědnosti za průběh jeho nemoci. To je možné podpořit v rámci psychoedukace duševně nemocných a jejich rodin, nebo prostřednictvím svépomocných skupin.

4.4.2 Psychoedukace

Člověk s duševním onemocněním potřebuje mít dostatek informací o své nemoci a jejích příznacích, aby s nimi mohl dobře zacházet. Prokazatelně účinný způsob, jak získat kvalitní informace je psychoedukace. Jedná se o určitý druh školení, v rámci kterého odborní pracovníci z oblasti psychiatrické péče poskytují nemocným reálné rady, jak s nemocí zacházet, povídají si společně o tom, co nemocného zajímá a prozkoumávají tak oblast duševní poruchy z mnoha pohledů.¹⁰⁰ Psychoedukace může provádět psychiatr, psycholog, sociální pracovník a další kompetentní osoby z oboru psychiatrické péče. Rozmanitost odborníků přináší do psychoedukace různé pohledy na nemoc a její léčbu. Každý s odborníků vkládá do psychoedukace svůj odborný pohled a snaží se nemocného obohatit v oblasti, ve které je kompetentní. Například sociální pracovník může v rámci psychoedukace rozebírat s pacienty problematiku sociálních dovedností, invalidních důchodů, pracovní způsobilost a další témata, které souvisí s duševní nemocí v souvislosti se socializací. Psychiatr se zaměřuje například na téma léků a nutnost jejich užívání.

⁹⁸ PODHAJSKÁ, str. 6

⁹⁹ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 64, 65

¹⁰⁰ PRÁŠKO a kol., str. 40

Mnoho pacientů léky samovolně vysazuje z důvodu častých vedlejších účinků a nedostatku informací, proto je důležité dozvědět se o působení léků co nejvíce. Stěžejní jsou také informace o povaze symptomů a vysvětlení vzniku a vývoje jednotlivých duševních poruch.¹⁰¹ Díky psychoedukaci se člověk s duševním onemocněním stává více kompetentní ve své léčbě a lépe tak zastává svou roli v multiprofesním týmu, kterého je součástí.

Dobrym zdrojem podpory pro lidi s duševním onemocněním a jejich rodiny je psychoedukace pro rodiny. Stěžejními tématy pro příbuzné jsou informace o příčinách duševních poruch, o povaze jednotlivých nemocí a jejich průběhu. Hlavním bodem zájmu pro příbuzné je, jak pomoci nemocnému a zároveň si zachovat vlastní duševní rovnováhu. S biopsychosociálního pohledu je dle Vymětal pacientem vždy celá rodina, která je nemocí ovlivněna.¹⁰² Častým problémem je nevyvážená forma podpory, rodina je mnohdy přespříliš pečující až úzkostlivá, nebo naopak přistupuje k projevům chování v důsledku nemoci s nepochopením a nepřijetím. Sekundárním účelem psychoedukace pro příbuzné je sdílení pocitů bezradnosti, problémů a starostí, které mnohdy soužití s člověkem s duševním onemocněním obnáší s lidmi, kteří mají podobné zkušenosti. Psychoedukace nabízí prostor také pro úlevu a ventilaci starostí.¹⁰³ Rodina se díky ní stává pevnějším zázemím pro nemocného a nabízí více pochopení a adekvátní podporu celému týmu.

Existuje také psychoedukace pro veřejnost, díky které se součástí mezioborové spolupráce stává mnohem více lidí.

4.4.3 Svépomoc

Svépomocné aktivity, jsou aktivity, které realizují sami lidé s duševním onemocněním. Svépomoc si zakládá na tom, že lidé s podobnou zkušeností si mohou navzájem poskytovat velice specifickou pomoc, podporu a porozumění. Lidé s duševním onemocněním jsou v rámci moderní psychiatrie vedeni k sebeurčení a k co největší participaci na své léčbě. Svépomocné skupiny, jsou proto odborníky vítány, podporovány a vnímány, jako součást mezioborové podpory.¹⁰⁴ Svépomoc nabízí nemocnému pocit, že je zde někdo, kdo má stejné nebo podobné problémy, které mohou společně sdílet a vymýšlet způsoby, jak je účinně řešit. Svépomocné aktivity snižují pocity osamělosti, nepochopení a beznaděje. Příručka Svépomoc a poskytovatel péče popisuje svépomoc jako podporu běžné péče v oblasti duševního

¹⁰¹ BANKOVSKÁ, MOTLOVÁ, str. 12

¹⁰² VYMĚTAL, str. 260

¹⁰³ BANKOVSKÁ, MOTLOVÁ, str. 12

¹⁰⁴ HOSKOVCOVÁ, str.66

zdraví.¹⁰⁵ Psychiatr stanoví diagnózu nastaví vhodnou farmakoterapii, sociální pracovník pomáhá nemocnému v sociální rehabilitaci, psychoterapeut nabízí pomoc s vyrovnáním se s různými pocity ale se specifickými pocity, které duševní nemoc přináší, může velice dobře pomoci zejména někdo, kdo je prožívá také. Společné prožívání různých specifických pocitů a problémů ve svépomocné skupině je pro člověka s duševním onemocněním blahodárné. Působení svépomocných aktivit na osoby s duševním onemocněním může být velice podporující pro ně a pro celý multidisciplinární tým. Svépomocné organizace mají kromě svépomocných aktivit za cíl podporovat práva lidí s duševním onemocněním a ovlivňovat kvalitu služeb pro lidi s duševním onemocněním.¹⁰⁶ Jejich působení má vliv i na celkový systém péče o lidi s duševním onemocněním.

¹⁰⁵ KENNISCENTRUM ZELFHULP, str. 4

¹⁰⁶ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, str. 151

5. Národní ústav duševního zdraví

Téma práce vychází z praxe mezioborové spolupráce v Národním Ústavu duševního zdraví, dále jen NUDZ. Úkolem páté kapitoly je představení a seznámení se s působností této instituce.

5.1 Původ a současnost Národního ústavu duševního zdraví

NUDZ se transformoval z Psychiatrického centra Praha 1. ledna 2015. Psychiatrické centrum Praha se nacházelo v areálu Bohnické léčebny, kde mělo více než padesátiletou tradici. Posláním Psychiatrického centra Praha byl výzkum a vědecká činnost zaměřená na oblasti duševních poruch a duševního zdraví. V rámci této činnosti poskytovalo centrum odbornou institucionální i ambulantní léčbu, vzdělávání vědeckých a odborných pracovníků, šíření vědeckých informací v oblasti duševního zdraví a reprezentování české vědy v oblasti psychiatrické péče.

Dnes moderně vybudovaný NUDZ sídlí v Klecanech, nedaleko hlavního města. Vybudování NUDZ bylo financováno z operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace. Cílem bylo vytvořit reprezentativní pracoviště ČR pro oblast duševního zdraví.¹⁰⁷

5.1.1 Současné zaměření NUDZ

NUDZ je celostátním pracovištěm pro výzkum a léčbu v oblasti psychiatrie a hraničních oborů. Hlavní program NUDZ je zaměřen na výzkum neurobiologických mechanismů, které vedou k rozvoji závažných duševních poruch, jako je schizofrenie, deprese, úzkostné stavy a reakce na stresové situace. V rámci výzkumu se provádí vývoj a testování nových léčebných a diagnostických metod. Přístup práce je založený na provázané práci metodik molekulární biologie, animálního modelování a klinického výzkumu a testování.

Program NUDZ se člení do několika výzkumů a klinického centra. NUDZ je zároveň výukovým pracovištěm pro 3. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy a jiných magisterských a postgraduálních studijních programů v oblasti psychologie, neurovědy, sociologie, epidemiologie a dalších.¹⁰⁸ Rovněž zde probíhá specializační vzdělávání, semináře, besedy a přednášky pro odborníky i širokou veřejnost. NUDZ je živé místo otevřené nejnovějším přístupům a metodám v oblasti duševního zdraví.

¹⁰⁷ <http://www.nudz.cz/o-nas/historie-soucasnost/>

¹⁰⁸ <http://www.nudz.cz/o-nas/historie-soucasnost/>

V současné době pracuje NUDZ na těchto výzkumných programech: Výzkum neurobiologie stárnutí, závislostí a závažných duševních poruch; Strategické plánování v oblasti duševního zdraví a epidemiologie duševních poruch (Sociální psychiatrie); Národní elektronický systém duševního zdraví a monitorování stavu mozku; Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí; Poruchy spánku a cirkadiánní rytmy u neuropsychiatrických onemocnění; Aplikovaná elektrofyziologie mozku; Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovi nemoci; Klinické centrum.¹⁰⁹ V této práci není prostor pro bližší seznámení se všemi výzkumnými programy ale na webových stránkách NUDZ je možné se s jednotlivými programy podrobněji seznámit. Resumé některých výzkumných činností z NUDZ, jsou také součástí některých vydání odborného časopisu Psychiatrie. Pro tuto práci byly vybrány pro bližší seznámení výzkumy týkající se sociální psychiatrie, které jsou blízké probírané tématice.

5.1.2 Strategické plánování v oblasti duševního zdraví a epidemiologie duševních poruch (Sociální psychiatrie)

Posláním výzkumu je rozvoj péče v oblasti duševního zdraví v ČR a v zemích bývalého komunistického bloku, přičemž hlavním úkolem je pomoc transformovat zastaralé systémy péče o duševní zdraví na úroveň odpovídající dnešnímu poznání. Jde o posilování rozvoje péče o duševní zdraví založeném na důkazech. Zaměření výzkumného programu je součástí sociální psychiatrie, psychiatrické epidemiologie a demografie, ekonomie, sociologie a filozofie duševního zdraví a nemoci. Cílem je poskytovat a iniciovat evidenci pro informované rozhodování v oblasti rozvoje péče o duševní zdraví a podporovat samotný rozvoj v této oblasti prostřednictvím vývoje a testování nových služeb a přístupů. Pro naplnění daného cíle se pracuje na epidemiologické studii, ekonomické evaluaci, hodnocení a vývoji služeb a přístupů, studii týkající se stigmatu a diskriminace, sebevražd, legislativy a politiky.¹¹⁰

V rámci těchto výzkumných programů probíhá experimentální zaměstnávání lidí se zkušeností se závažným duševním onemocněním, kteří se přímo účastní výzkumné činnosti a zastávají zde rovnocennou pracovní sílu. Tímto se rovnou naplňuje jeden z cílů, jehož obsahem je vyvíjet a testovat nové přístupy v rámci rozvoje péče o duševní zdraví. Také se díky tomu zajišťuje participace lidí s duševním onemocněním na výzkumné činnosti, čímž se jejich názor stává směrodatný ve vývoji v oblasti psychiatrické péče.

¹⁰⁹ <http://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/klinicke-centrum/profil/>

¹¹⁰ <http://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/strategicke-planovani-socialni-psychiatrie/profil/>

Dále zde probíhá IPS (Individual Placement and Support) program, ve kterém se jedná o individuální zařazení lidí s těžkým duševním onemocněním na otevřený trh práce, s poskytováním individuální podpory na pracovišti. IPS praxe je založena na prozkoumaných důkazech o její úspěšnosti. IPS je v rámci pracovní rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním vysoce efektivní přístup obsahující několik základních zásad: klient IPS musí být způsobilý k výběru pracovního místa, pracovní umístění musí být na otevřeném trhu práce, musí se jednat o pracovní místo, kde dochází k spolupráci zdravých lidí s lidmi s duševním onemocněním, pozornost musí být zaměřena na pracovní preference klienta, hledání pracovního místa musí být rychlé a klientovi musí být poskytnuta individuální podpora na pracovišti.¹¹¹ V rámci IPS programu v NUDZ jsou lidé s duševním onemocněním zaměstnáváni v místní restauraci formou otevřené pracovní příležitosti s podporou IPS konzultanta. S klienty IPS programu se pracuje metodou CAN, protože IPS program si je vědom toho, že střádání v některé z životních oblastí potřeb, by mohlo ve značné míře ovlivňovat kvalitu pracovního výkonu.¹¹²

Díky přímému pozorování úspěšnosti z pracovního zařazení lidí s duševním onemocněním se pozorované skutečnosti stávají plnohodnotným testovacím zdrojem pro vývoj služeb a nových intervencí v oblasti duševního zdraví.

5.1.3 Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí

Cílem Centra epidemiologického a klinického výzkumu závislostí je zkoumat sociální kontext duševního zdraví a duševních poruch. Hlavními zkoumanými oblastmi jsou: epidemiologie návykových poruch a drogová prevence, epidemiologie duševních poruch s důrazem na zkoumání sociálních a psychologických faktorů zdraví a metody hodnocení psychosociálních intervencí a vývoj nástrojů pro měření kvality života lidí s duševním onemocněním.

V oblasti epidemiologie duševních poruch, navazuje laboratoř na činnost sociální psychiatrie, která má původ již v roce 1967 a od začátku své působnosti byla spoluúčastníkem mezinárodních projektů týkajících se duševních poruch, jako například 25 let sledovaná mezinárodní pilotní studie schizofrenie či studie průběhu a vyústění schizofrenie sledovaná 15 let. Naproti tomu oblast sledování kvality života přichází s novými směry v hodnocení kvality služeb a péče. Toto výzkumné oddělení je úzce propojené s klinickým centrem v oblasti hodnocení a vývoje

¹¹¹ BOND, DRAKE, str. 69

¹¹² PROBSTOVÁ a kol., str.14

psychosociálních přístupů a to zejména v oblasti prevence a rehabilitace cílené na pacienty se schizofrenií a jejich příbuzné.¹¹³

5.1.4 Klinické centrum

Součástí výzkumné práce NUDZ je také klinické centrum, které provádí praktickou péči o lidi s duševním onemocněním formou prevence, diagnostiky, léčby a rehabilitace. Součástí činnosti centra je vlastní klinický výzkum a spolupráce s ostatními vývojovými a výzkumnými programy NUDZ. Podílí se také na vzdělávání studentů a odborníků v oblasti duševního zdraví a slouží jako odborné pracoviště pro studijní stáže kompetentních oborů. Klinika v NUDZ je zaměřena na léčbu psychotických, afektivních a úzkostných poruch. Nově je součástí také spánková ambulance, poradna pro psychiatricky léčené pacientky plánující graviditu a kojení, psychoedukace pro pacienty a jejich rodiny a rehabilitace kognitivních poruch pro pacienty s psychózou. Klinika je otevřená pro pacienty z celé ČR a poskytuje služby také zahraničním pacientům.¹¹⁴ Další informace o činnosti Klinického centra budou uvedeny v následující kapitole.

Na závěr lze shrnout, že NUDZ je instituce, která se snaží naplňovat cíle transformace péče o duševní zdraví, je velice otevřená novým přístupům a spolupráci s jinými organizacemi. Snaží se uvádět své výzkumy do praxe, čímž potvrzuje efektivitu nových přístupů a služeb v psychiatrické péči. NUDZ se snaží vnímat lidi s duševním onemocněním, jako své rovnocenné partnery, čímž podporuje jejich kompetence a bojuje proti stigmatizaci. Probíhá zde mnoho multioborové a multiprofesní činnosti pod jednou střechou, což naplňuje představy aktuální reformy psychiatrické péče o ideální péči o duševní zdraví. Nutno podotknout, že NUDZ je nově otevřen, a proto se bude jeho činnost ještě vyvíjet a zdokonalovat v různých směrech.

¹¹³ <http://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/centrum-pro-vyzkum-zavislosti/profil/>

¹¹⁴ <http://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/klinicke-centrum/profil/>

6. Mezioborová spolupráce v péči o lidi se závažnou duševní poruchou v rámci klinického centra v NUDZ

6.1 Členění klinického centra

Klinické centrum se skládá ze vzájemně propojené lůžkové a ambulantní části, rehabilitační části, která je složená s ergoterapie a balneofyziatrie a sociálního oddělení. V rámci propojeného kompletu ambulantní a lůžkové péče probíhá léčba v ambulanci a na třech hlavních odděleních.¹¹⁵ Oddělení jedna se specializuje na léčbu úzkostných a afektivních poruch, oddělení číslo dva se zaměřuje na léčbu rezistentních poruch nálady, léčbu rychlého cyklování a smíšených epizod v rámci bipolární afektivní poruchy. Třetí oddělení se zaměřuje na diagnostiku a léčbu závažných duševních poruch, zejména psychotických a afektivních.

6.2 Oddělení pro léčbu závažných duševních poruch

Léčbou závažných duševních poruch se zabývá oddělení číslo tři, které se zaměřuje zejména na diferenciální diagnostiku a léčbu závažných duševních poruch zejména psychotických a afektivních. Jedná se o uzavřené oddělení, které má k dispozici devatenáct lůžek. Oddělení je speciální tým, že se orientuje na první ataky nemoci. Na základě dlouholeté praxe je zde vytvořen ucelený model péče pro jedince s prvním výskytem závažné duševní poruchy. Cílem je včasné nastavení vhodné péče, prostřednictvím komplexní intervence, díky čemu se minimalizují dlouhodobé důsledky nemoci.¹¹⁶

6.2.1 Poskytovaná péče

Základem péče je důkladná psychiatrická i psychologická diagnostika, farmakoterapie, psychoterapie, režimová terapie, také terapeutické ovlivňování halucinací, prostřednictvím repetitivní transkraniální magnetické stimulace. Součástí péče je široká rehabilitační škála. Oddělení nabízí ergoterapeutické programy, kognitivní rehabilitaci, psychoedukaci pro pacienty i jejich příbuzné a sociální péči.

¹¹⁵ <http://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/klinicke-centrum/profil/>

¹¹⁶ <http://www.nudz.cz/lecebna-pece/oddeleni-3/profil/>

6.2.3 Multidisciplinární tým

Aktuální pracovní tým tvoří tři lékaři- psychiatři, dva kliničtí psychologové, staniční sestra, dva ergoterapeuti a dva sociální pracovníci. Tento tým je oborově velice vyvážen, díky čemuž je zde předpoklad kvalitní komplexní péče.

6.2.3.1 Role jednotlivých pracovníků

Psychiatr je lékař, který má plnohodnotné medicínské vzdělání. Pracuje s lidmi s duševním onemocněním zejména na základě medicínských postupů. Je většinou první s kým nemocný hovoří otevřeně o prožívání své nemoci. Provádí diagnostiku duševních poruch a zahájí odbornou farmakologickou léčbu. Jeho slovo je velmi důležité ve vytváření postupů léčby, na kterých se podílí celý tým.¹¹⁷

Psycholog je nemedicínský pracovník, který pracuje odbornými psychologickými prostředky. V rámci péče o lidi s duševním onemocněním se uplatňuje klinická psychologie, která se vyvíjela v úzké blízkosti s psychiatrií. V multiprofesním týmu přispívá diagnosticky a terapeuticky. Může být také využíván pro podporu komunikace v týmu a mezi jednotlivými členy odborného i rodinného systému péče.¹¹⁸

Psychiatrická sestra je součástí veškeré péče, kterou nemocný po dobu hospitalizace absolvuje. Sepisuje s nemocným první údaje, pomáhá se mu orientovat v léčbě, poskytuje poradenství ohledně medikace a dohlíží na její správné užívání. Mapují zdravotní stav nemocného po čas léčby, reakce na medikaci a zaznamenává vedlejší účinky.¹¹⁹ Psychiatrická sestra je většinou první na oddělení, která se doví o zhoršení obtíží a vnímá aktuální stav nemocného. Její místo v týmu je nepostradatelné, vytváří můstek mezi nemocným a lékařem.¹²⁰

Ergoterapeut je vysokoškolsky vzdělaný pracovník v oboru ergoterapie. Jedná se obor spadající pod zdravotnické služby, jehož obsahem je také sociálně terapeutická péče. Klíčovými procesy jeho práce je terapeutické využívání vlastní osoby, zjišťování a hodnocení potenciálu člověka s duševním onemocněním, analýza a adaptace nemocného na činnost a na prostředí. Řídí se klinickou úvahou i praktickou zkušeností a na základě toho vytváří vhodné postupy práce. Práce ergoterapeuta se v praxi prolíná s dalšími profesemi, jako je například sociální práce.¹²¹

¹¹⁷ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 60

¹¹⁸ BAŠTECKÁ, str. 20

¹¹⁹ PODHAJSKÁ, str.18

¹²⁰ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 61

¹²¹ JELÍNKOVÁ, KRIVOŠÍKOVÁ, ŠAJTAROVÁ, str. 82, 83

Sociální pracovník se věnuje souvislostem mezi psychiatrickými obtížemi, sociálním fungováním a okolnostmi života. V kontextu každodenního života šetří aktuální problémy nemocných a jejich funkční kapacitu pro řešení problémů. Mapuje sociální potřeby, informuje o možnostech a zdrojích podpory, které může člověk s duševním onemocněním využívat.¹²² Práce sociálního pracovníka pomáhá upřesňovat hypotézy o stavu člověka s duševním onemocněním, čímž značně přispívá k celkové úzdavě. Velkou část sociální práce zabírá také administrativa a komunikace, s Okresní správou sociálního zabezpečení a Úřady práce. V multiprofesionálním týmu zastává důležitou roli, zejména proto, že je spojnicí mezi běžným životem pacienta a léčebným prostředím. Publikace Sociální práce v praxi uvádí, že předpokladem k práci s lidmi s duševním onemocněním je základní znalost symptomů a dynamiky duševních poruch a terapeutických přístupů.¹²³

6. 3. Multidisciplinární péče o lidi s těžkým duševním onemocněním

6.3.1 Příjem nemocného, jako sociální událost

Příjem člověka s duševním onemocněním na oddělení popisuje Styx, jako sociální událost. Vyžaduje od všech pracovníků týmu chování hodné společenské události. Nemocný se mnohdy poprvé ocitá v prostředí psychiatrické péče, vše je pro něj nové a proto je důležité vystoupit z anonymity představit se a podat ruku. Vřelé přivítání a lidský přístup ze strany profesionálního týmu, usnadňuje nemocnému přijetí skutečnosti aktuálního stavu. Někdy se nemocný v době příjmu nachází ve velmi neklidném stavu, kdy není schopen soustředit se na společenské vystupování, přesto je důležitá trpělivost všech pracovníků a seznámení s poskytovanými službami.¹²⁴ Ačkoliv se prvního kontaktu účastní většinou psychiatr a psychiatrická sestra, tak během prvního dne by mělo dojít k seznámení se všemi profesionály. Pro nemocného je hned na začátku důležité vědomí, že zde může využít různorodou péči a nemusí mít strach, že zanedbání, některé z jeho potřeb. Pokud se hned na začátku nastaví k pacientovi „lidský“ a komplexní přístup, ne pouze medicínský, pacient se necítí svou nemocí tolik ohrožen a jeho motivace pro aktivní spolupráci je mnohem vyšší.

6.3.2 Multidisciplinární poznávání

Na začátku multidisciplinární péče má svou nezastupitelnou roli psychiatrické vyšetření. Základním nástrojem psychiatrického vyšetření je klinický rozhovor

¹²² PROBSTOVÁ, PEČ, str. 173

¹²³ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, str. 136

¹²⁴ STYX, str. 47

s pacientem, na jehož základě psychiatr hodnotí slovní projev, vzhled, dynamiku, náladu a přítomnost či nepřítomnost psychopatologických jevů. Tímto řízeným rozhovorem získává psychiatr anamnestické údaje.¹²⁵ Dobře provedená anamnéza je nedocenitelná, na jejím základě lze stanovit správnou diagnózu, která je vodítkem další péče. Schopnost podrobně ale citlivě prozkoumat pacientův dosavadní život je klíčem k funkčnímu terapeutickému vztahu.

V publikaci Psychiatrie je uvedeno, že anamnéza se skládá z několika částí. Zaměřuje se na dřívější stav před onemocněními i na aktuální problémy. Zpravidla však na začátku zjišťuje důvody, pro které se nemocný dostal do psychiatrické péče. Rodinná anamnéza zjišťuje, zdali se v rodině nevyskytuje duševní onemocnění. Dále pátrá po rodinných vztazích a zjišťuje, jaké role v rodině nemocný zastává. Díky tomu zjistí, zdali je v rodině někdo, kdo mu je oporou a s kým lze v rámci podpůrného týmu spolupracovat. V rámci osobní anamnézy se probírají záchytné body od pacientova narození až po současnost. Orientace ve vývoji nemocného umožňuje psychiatrovi porozumět psychodynamice jeho problému a vlivům, které mohou nemoc podněcovat. Součástí osobní anamnézy je také sociální anamnéza, která zjišťuje, jaké má nemocný širší sociální zázemí, a jak zvládá různé zátěžové situace.¹²⁶ Zjišťují se také socioekonomické poměry a průběh předchozích a aktuálních zaměstnání.

Důležitým spolupracovníkem pro stanovení diagnózy a nastavení následné péče je klinický psycholog, který prostřednictvím testových, výtvarných, herních a dotazníkových metod detailně charakterizuje osobnost pacienta, diagnostikuje případné poruchy myšlení a intelektu.¹²⁷ Prostřednictvím psychologického vyšetření se také zjišťuje vliv poruchy na osobnost nemocného a vliv osobnostních charakteristik na průběh nemoci. Tyto informace jsou velice cenné pro přesné diferencování poruchy.¹²⁸

Cenné informace o pacientovi dále získává sociální pracovnice, která na začátku spolupráce sama osloví nemocného a snaží se navázat kontakt. Nejdříve pacientovi poskytne dostatek informací o tom, co zde sociální oddělení řeší, to znamená, v jaké oblasti potřeb může být sociální pracovník nápomocný. Důležité je vysvětlení systému zdravotní a sociální péče, pod kterými jsou zahrnuty informace o finanční podpoře a postupech řešení aktuálního stavu.¹²⁹ Poté se snaží získat první informace o pacientovi, jeho okolí, zázemí a vytvořit tak základní sociální anamnézu. Sociální šetření se zaměřuje na sociální fungování nemocného, konkrétně na

¹²⁵ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 20

¹²⁶ HOSCHL, LIBIGER, ŠVESTKA, str. 256

¹²⁷ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 20

¹²⁸ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 170

¹²⁹ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 61

informace o jeho bydlení, práci o sociálním a rodinném podpůrném systému. Pokud je nemocný hned na začátku otevřen pro spolupráci, zjišťuje sociální pracovník i jeho sociální historii, která se týká záznamu životních událostí.¹³⁰ Díky těmto informacím sociální pracovník získá přehled o tom, na čem mohou v nejbližší době s nemocným pracovat a v jaké oblasti ho může pobořit. Sociální šetření se prolíná s psychiatrickým šetřením, je to soubor informací, které umožňují multidisciplinárnímu týmu pochopit pacienta v jeho sociálně kulturním kontextu se všemi potřebami, na které budou nasměrovány další intervence.

Po úvodním šetření, které většinou proběhne hned první den, se v rámci celého multidisciplinárního týmu prokonzultují zjištěné informace ze všech profesních pohledů. Informace a výsledky jednotlivých pracovníků vedou psychiatra k diagnostickým závěrům na základě, kterých se usuzuje prognóza onemocnění a způsob intervencí.¹³¹

6.3.3 Průběh multidisciplinární péče

Každý den začíná setkáním celého multidisciplinárního týmu, na kterém se probírají důležitá témata týkající se hospitalizovaných pacientů. Staniční zdravotní sestra přečte jména všech hospitalizovaných a sdělí ke každému pacientovi důležité informace, které zdravotní sestry získaly během uplynulého večera a noci. Ne u všech pacientů se během této doby dějí nějaké změny, ale u některých mohou nastat komplikace v souvislosti s farmakoterapií a její vedlejšími účinky, nebo může dojít také k zhoršení či zlepšení aktuálního stavu na základě jiných podnětů, o kterých je důležité vědět.

Na základě těchto informací se postupně začne řešit, každý případ. U nově hospitalizovaných pacientů se naváže na úvodní šetření a na základě komplexní diagnózy se určují cíle léčby, na kterých chtějí odborníci s nemocným pracovat. U všech hospitalizovaných pacientů si navzájem sdělují novinky ohledně aktuálního stavu nemocného a řeší společně další postupy práce. Pokud některý z pracovníků vnímá potřebu pomoci některého z dalších odborníků, požádá ho o radu či konkrétní pomoc. Mnohdy se stává, že psychiatr, nebo sociální pracovník žádá psychologa, aby provedl s nemocným konkrétní test či prozkoumal konkrétní oblast, ve které si on není jistý. Jindy, je žádán sociální pracovník, aby s nemocným probral nějakou konkrétní záležitost, ke které se pacient dostal například při rozhovoru s psychiatrem či zdravotní sestrou a zjistilo se, že má například finanční potíže, o kterých se předtím styděl hovořit. Možností, jak si navzájem týmoví pracovníci předávají

¹³⁰ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, str. 137

¹³¹ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 20

zakázky je mnoho, vždy však vychází z individuálních potřeb pacienta, proto je jejich činnost velmi různorodá.

Další společnou činností celého týmu a tentokrát i všech pacientů je ranní komunita. Komunita probíhá prostřednictvím skupinového setkání, s pravidly skupinové práce. Staniční sestra sdělí nemocným co je v tento den, čeká a jaký je přesný harmonogram programu. Pacienti mají možnost se k čemukoliv vyjádřit, nebo se zeptat na případné nejasnosti. Pokud chce, některý z odborníků sdělí cokoli pacientům, je zde proto také příležitost. Dle potřeby osloví konkrétní pacienty a domluví se s nimi na společné práci. Naopak nemocní mají možnost oslovit kohokoli s odborníků a sjednat si s ním případnou konzultaci.

Poté přichází na řadu vizita pacientů, které se účastní psychiatr, zdravotní sestra a sociální pracovník. Základem vizity je vyšetřování aktuálního stavu nemocného a jeho potřeb. Rozhovor s nemocným vede psychiatr a ostatní pracovníci se doptávají na potřebné informace. Cílem je zjistit, jak se nemocnému daří a to ne pouze z hlediska symptomů nemoci, ale z celkového psychosociálního pohledu. Psychiatr se hodně zajímá, kromě působení farmakoterapie také o sociální fungování, o to, jak nemocný zvládá běžné dovednosti v denním programu, jak se zde cítí, zdali komunikuje s rodinou a tak dále. Zjišťuje, jak na něj léčba působí, a jak vnější okolnosti ovlivňují léčbu. Součástí vyšetřování je také pozorování nemocného při rozhovoru. Směrodatný je způsob chování, úprava zevnějšku, mimika a pohotovost v reakcích na okolí, protože i tyto poznatky vypovídají o psychickém a sociálním stavu.¹³² Během vizity se často otevřou témata pro práci sociálního pracovníka, proto je jeho účast na vizitě smysluplná. S ohledem na další léčebný program si sociální pracovník s nemocným rovnou domluví přesný čas schůzky.

Na základě potřeby pacienta a jejich vzájemné domluvy proběhne schůzka nemocného se sociálním pracovníkem. S hospitalizací se mnohdy pojí problémy související s pracovní neschopností, finančními a rodinnými problémy. Pacient většinou potřebuje pomoc s vyřízením pracovní neschopnosti, potvrzením pro úřady práce atd. U pacientů s bipolární poruchou mnohdy v důsledku manické ataky dochází k zadlužení, proto i téma financí a dluhů bývá časté. Pokud je potřeba vyžádá se propustka a sociální pracovník doprovází nemocného při vyřizování urgentních záležitostí v době hospitalizace. Mnoho pacientů se neorientuje v systému státní podpory. Sociální pracovník obvykle pomáhá nemocnému vyřídit invalidní důchod, nemocenské dávky a další možnosti podpory. Společná práce sociálního pracovníka a pacienta spočívá nejdříve ve stabilizaci aktuálního sociálního stavu, aby se mohl pacient v klidu léčit a netrápil se naléhavými problémy, které ho venku

¹³² DUŠEK, VEČEŘOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, str. 34

čekají. Poté si společně vytyčí oblasti, kterým by se v průběhu hospitalizace chtěli věnovat. Většinou se jedná o témata z oblasti psychosociálních potřeb, kdy nemocný řeší například to, jak se v budoucnu úspěšně zaměstnat, jak začít samostatně bydlet, jak vyřešit náročný partnerský vztah a další podobná témata. Sociální pracovník se snaží společně s pacientem přicházet na nejvhodnější varianty podpory, pro naplnění jeho potřeb. Poskytuje mu sociální poradenství ohledně existujících možností, které se týkají zejména následné péče.

Práce sociálního pracovníka v mezičasech jejich setkání spočívá zejména ve vyřizování všech domluvených záležitostí a v kontaktování návazných služeb pro lidi s duševním onemocněním, jako jsou například chráněné bydlení, podporované zaměstnávání, centra denních aktivit či psychoterapeutické komunity.¹³³ Mapuje možnosti další individuální podpory pro pacienta. Po celou dobu hospitalizace je také v kontaktu s rodinou, kterou v případě možnosti zapojuje do podpůrné sítě a informuje o aktuální léčbě a možnostech následné péče jejich rodinného příslušníka. Pro kvalitní plnění své práce konzultuje své kroky s dalšími odborníky, radí se například s psychiatrem, zdali by podle něj zvládnul pacient v rámci jeho zdravotního stavu po ukončení léčby psychoterapii v psychoterapeutické komunitě, nebo požádá ergoterapeuta o informace ohledně pracovní schopnosti pacienta, z důvodu plánovaného zařazení nemocného do programu podporovaného zaměstnávání.

Kromě individuálních schůzek pacientů s odbornými pracovníky probíhá celodenní rehabilitační a edukační program. Edukační program, vede vždy jeden odborník z multidisciplinárního týmu a od toho se také odvíjí edukační téma. Témata se zpravidla vztahují k aktuální situaci hospitalizovaných pacientů, dle většinových potřeb a jsou zaměřené na farmakoterapii, psychoterapii a socioterapii.

V rámci psychiatrické rehabilitace, zde probíhá ergoterapie, pohybové aktivity, fyzioterapie a aktivity zaměřené na procvičování kognitivních funkcí. Ergoterapie probíhá skupinově, vždy dvakrát týdně. Ergoterapeut zadává pacientům práci, která odpovídá jejich možnosti. Z toho vyplývá potřeba znát schopnosti a dovednosti pacientů. Ergoterapeut provádí speciální ergoterapeutické šetření, na základě, kterého zjišťuje aktuální sociální, kognitivní a psychomotorické schopnosti pacienta v oblasti práce. Dle vlastní potřeby se také účastní případových multidisciplinárních schůzek.

Práce, kterou zadává pacientům, je vždy spojená s tvořivostí, což umožňuje ergoterapeutovi spontánní poznání pacientova projevu, které je někdy klíčové i pro další odborníky. Mnohdy se v kreativním výtvarném projevu zobrazí nevyřčené potřeby nemocného. Dalším přínosem ergoterapie, je zlepšení pacientova

¹³³ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 61

sebedůvěry. Díky pravidelné rukodělné činnosti může pacient dosahovat vyšší sebedůvěry, protože zjistí, že je schopen určité samostatnosti a dovednosti. V rámci skupinové práce si nemocný procvičuje společenské návyky, což je zejména u lidí se schizofrenií, kteří mají tendence uzavírat se do vlastního světa velmi potřebné.¹³⁴

Ergoterapeut je po celou dobu pacientům nápomocný, srozumitelně jim vysvětluje postupy činností a důkladně pozoruje jejich chování při práci, pracovní tempo, motorické a kognitivní dovednosti. Poznatky získané během ergoterapie jsou důležité pro všechny odborníky. Díky ergoterapii je možné přijít na nějaký kognitivní problém, který poté prošetří psycholog. Ergoterapeut si také může všimnout nevhodného chování nemocného k ostatním pacientům během spolupráce, což může být odpovědí nenaplněné potřeby v oblasti sociálních vztahů, a proto předá tuto informaci sociálnímu pracovníkovi.

Nemocný může během léčby kdykoliv využít služeb klinického psychologa. Hospitalizovaní pacienti se nachází v duševní krizi, mnohdy jsou zaskočeni svou duševní poruchou, schváceni a unaveni životem. Jejich zdravotní i sociální stav je v jejich očích ohrožen.¹³⁵ Nemocný si potřebuje popovídat o pocitech, které prožívá a vyjádřit emoce a obavy spojené s aktuálním stavem. Pro pacienta může být náročné přijmout, že onemocněl duševní nemocí a z toho mohou vycházet pocity beznaděje a sebezpodceňování. Psycholog vede s nemocným psychoterapeutický rozhovor a snaží se mu být v konkrétní situaci podporou. Dle potřeby si spolu povídají, psycholog radí nemocnému, naslouchá, nebo spolu jenom mlčí, pokud je to v tu chvíli důležité. Celkově, jde o to, aby se pacient necítil být ve své situaci sám, bez pomoci a bez naděje. Psycholog mu dává dostatečně najevo, že ho chápe, že jsou jeho problémy řešitelné a pomáhá mu zvýšit schopnost se s nimi vyrovnat. Díky tomu se pacient lépe integruje a adaptuje na léčbu.¹³⁶ V rámci psychoterapeutického rozhovoru vyplavou napovrch mnohé osobní problémy, například v oblasti rodinných vztahů, ve kterých může být opět nápomocný sociální pracovník, který je spojnicí mezi léčebným a rodinným prostředím.

Koloběh této multidisciplinární péče funguje po celou dobu hospitalizace. Léčba i rehabilitace se přizpůsobuje individuálnímu tempu celkové úzdravy pacienta. Psychiatr po celou dobu monitoruje aktuální celkový stav pacienta a jeho snášenlivost farmakoterapeutické léčby. Dle potřeb je nastavená hustota, psychologických i sociálních intervencí. Postupy léčby i rehabilitace jsou konzultovány v rámci multidisciplinárního týmu. Součástí partnerské práce je

¹³⁴ DUŠEK, VEČEŘOVÁ, PROCHÁZKOVÁ, str. 584, 585

¹³⁵ VYMĚTAL, str.150

¹³⁶ MALÁ, PAVLOVSKÝ, str. 106

samozřejmě také pacient, proto je vždy s postupy intervencí obeznámen a všechny kroky jsou s ním prokonzultovány. Je na něm, jak se bude dál jeho úzdrava vyvíjet.

6.3.4 Ukončení multidisciplinární péče

Když se všichni odborníci po vzájemné konzultaci spolu s pacientem shodnou na tom, že stav nemocného je s biopsychosociálního pohledu stabilizován, nastane ukončovací fáze multidisciplinární péče. Tomu předchází to, aby si byl lékař jistý, že se povedlo nastavit farmakoterapeutickou léčbu, která má příznivé účinky a minimální množství vedlejších účinků, které by podněcovaly k zhoršení stavu v jiných oblastech. Je důležité, aby byl pacient dostatečně vyškolen zdravotní sestrou, jak léky užívat. V ukončovací fázi hraje významnou roli sociální pracovník, který vyřizuje následnou podporu a péči. Sociální pracovník připravuje pacienta na přechod z lůžkové péče do přirozeného společenství. Zabezpečuje návaznou péči, zejména ambulantního psychiatra, psychoterapeuta, dále dle potřeby zabezpečuje podpůrné služby v oblasti bydlení, práce a finančního zabezpečení. Práce sociálního pracovníka v ukončovací fázi spočívá ve vytvoření mostu, kterým se nemocný pomalu vrací z lůžkové léčby do přirozeného života. Spolu s pacientem sestaví plán postupů, kterých se bude pacient po ukončení držet. Pro větší odolnost nemocného v období resocializace je primárně důležitá pomoc s vytvořením sociální sítě a kontaktů.¹³⁷ Sociální pracovník kontaktuje rodinu a blízké a snaží se pro pacienta zajistit co největší podporu v přirozeném prostředí.

6.4 Význam multidisciplinární práce v péči o duševní zdraví

Díky poznatkům z odborné literatury a praxi NUDZ lze shrnout, že multidisciplinární péče o duševní zdraví usiluje o komplexní naplňování potřeb lidí s duševním onemocněním, prostřednictvím odborných intervencí cílených na konkrétní potřeby konkrétního člověka. Mezioborová spolupráce umožňuje prostor pro individuální přístup k člověku s duševním onemocněním. Díky tomu, že se na úzdavě nemocného podílí několik specialistů je více prostoru, věnovat se individuálním potřebám jednotlivých lidí. Pokud by nemocného léčil například pouze psychiatr, neměl by čas věnovat se pacientovi také z jiné než z medicínské stránky a léčil by pouze zmírnění symptomů nemoci. Multidisciplinární péče je v rámci možností šitá na míru pacientových potřeb, což zřetelně urychluje jeho úzdravu.

Na základě studií o účinnosti a významu multidisciplinární péče je zjištěno, že mezioborová spolupráce urychluje správnou diagnostiku duševní poruchy.

¹³⁷ MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ, KODYMOVÁ, str. 137, 138

Víceoborový pohled na pacienta pomáhá zabraňovat zavádějícím závěrům. Nemocný může mít například nějaký skrytý ekonomický, sociální či vztahový problém, který značně přispívá k depresivním stavům. Díky mezioborovému přístupu je možné přijít na to, co opravdu způsobuje pacientův aktuální zdravotní stav, a může se tak předejít chybným diagnózám. Včasné stanovení správné diagnózy umožňuje také nastavení vhodné intervence, díky čemuž je léčba efektivní a značně přispívá k rychlejšímu uzdravení.¹³⁸ Multidisciplinární přístup pomáhá řešit člověku s duševním onemocněním současně problémy se zdravotní, sociální i psychické oblasti. Pokud se sociálnímu pracovníkovi podaří pomoci pacientovi s nějakým socioekonomickým problémem, jako jsou například dluhy, sníží se také pacientova úzkost a obava, která měla vliv na průběh léčby. Zajištěním vhodné pomoci v potřebných oblastech, může být pacient více klidný a soustředěný na aktuální léčbu. Díky multidisciplinární péči lze průběžně sledovat účinky prováděné intervence, což pomáhá rozpoznat míru efektivity jednotlivých přístupů a dle tohoto léčbu upravovat, aby byla pro pacienta co nejúčinnější a nejrychlejší. Rychlost a efektivita léčby zkracují délku hospitalizace a tím i odloučení od přirozeného prostředí.

Významným benefitem mezioborové spolupráce v péči o lidi s duševním onemocněním je prostor pro vnímání nemocného, jako součásti týmu, čímž klade důraz na jeho spoluodpovědnost za úspěšnost léčby. To umožňuje zmírnit pocit bezmoci z aktuálního stavu a naopak dodat motivaci pro aktivní řešení současné situace. Pacient se díky rovnocennému jednání odborníků necítí tolik méněcenně a nezajímavě, jak to kdysi v psychiatrické péči bývalo zvykem. V mezioborové péči hraje velkou roli také spolupráce s rodinou, která se stává současně pacientem i pečujícím komplexem. Duševní krize nemocného ovlivňuje celou jeho rodinu. Jejich postoje jsou mnohdy pro nemocného hlavním zdrojem obav, nebo naopak podpory. Mezioborový přístup se snaží zajistit, aby byla rodina pro nemocného podpůrným zdrojem. Díky konzultacím s rodinnými členy a rodinné psychoedukaci je rodina angažovaná v procesu resocializace, což tento proces významně usnadňuje.¹³⁹

Mezioborová péče se dívá na člověka systemickým přístupem. Vnímá ho v celkovém systémovém pojetí, bere v potaz plurality různých vlivů na jeho aktuální stav a přistupuje k někomu, jako k někomu kdo konstruuje svůj svět. Klade důraz na vzájemnou týmovou komunikaci, díky čemuž se lépe chápou i příznivě ovlivňují postoje nemocného v rámci léčby.¹⁴⁰

¹³⁸ WALSH, str. 3, 12

¹³⁹ STYX, str. 145

¹⁴⁰ VYMĚTAL, str. 62, 63

V neposlední řadě má mezioborová spolupráce v péči o lidi s duševním onemocněním velký význam pro pracovníky multidisciplinárního týmu. Mezioborová spolupráce obohacuje jejich stanoviště o nové pohledy. To jim umožňuje získat širší vědomosti a objektivnější pohled na svou práci. Mezioborová spolupráce by měla stírat hierarchii, což usnadňuje vzájemnou interdisciplinární komunikaci. Multidisciplinární práce vytváří spoluodpovědnost týmu za jednotlivé postupy péče, což snižuje individuální tíhu a pocit tlaku z velké odpovědnosti. Díky týmové koordinaci se usnadňuje individuální práce každého z týmu a nehrozí tak, opakované či jinak neefektivní postupy práce. Multidisciplinární tým vytváří prostor pro osobní profesní růst.¹⁴¹ Díky vzájemným konzultacím, naslouchání, pozorování a vzájemnému učení se jednotliví profesionálové stávají komplexnějšími odborníky v péči o lidi s duševním onemocněním. Tím se zvyšují jejich kompetence a kvalita práce, která se značně podílí na zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Není tedy divu, že dle Matouška je týmová práce základem moderní psychiatrické péče.

7. Výzkumné šetření v NUDZ

Výzkumné šetření vztahující se k cíli práce jsem provedla v rámci své stáže v Národním Ústavu duševního zdraví. Pro svůj výzkum jsem se rozhodla oslovit pracovníky NUDZ z několika důvodů. NUDZ je nově vzniklá instituce věnující se duševnímu zdraví na velmi vysoké úrovni. Výzkumné praktiky a léčebná péče v NUDZ má charakter světové moderní psychiatrické péče. Je to místo nabízející prostor pro vznik nových, efektivních přístupů k lidem s duševním onemocněním. V rámci klinického centra tu probíhá péče o lidi se závažným duševním onemocněním, což je cílová skupina této práce. Domnívala jsem se tedy, že je zde praktikován model mezioborové spolupráce, který bych mohla prozkoumat. Oslovila jsem NUDZ v rámci svého zájmu obohatit se z jejich praxe pro potřeby mé bakalářské práce a také z důvodu získání nových zkušeností z hlediska osobní praxe. Lidem s duševním onemocněním se v rámci podporovaného zaměstnávání věnuji již delší dobu, chtěla jsem tedy prozkoumat, jak funguje komplexní akutní péče, která předchází následným sociálním službám, jaké má přínosy v péči o duševní zdraví, zejména s pohledu sociální práce v NUDZ.

¹⁴¹ MÁHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, str. 66, 67

7.1 Popis výzkumného prostředí

Výzkum jsem uskutečnila v Klinickém centru NUDZ, konkrétně na sociálním oddělení, které je součástí oddělení zaměřeného na diagnostiku a léčbu závažných duševních poruch, zejména psychotických a afektivních. Má stáž se odehrávala pod vedením sociální pracovnice, která je součástí multidisciplinárního týmu na oddělení psychotických a afektivních poruch. V rámci své stáže, jsem byla v kontaktu se všemi specialisty s multidisciplinárního týmu. Doprovázela jsem sociální pracovnici na všech jejich aktivitách, což mi umožnilo dostatečně nahlédnout do její práce. Měla jsem možnost pozorovat práci všech týmových pracovníků, jejich spolupráci a také přímou práci s klienty. Účastnila jsem se každý den případových konzultací, což mě velice obohatilo o nové pohledy na duševní zdraví. Setkala jsem se také s výzkumnými pracovníky, zejména s oblasti sociální psychiatrie, kteří mě obohatili o nové poznatky v oblasti psychiatrické péče a služeb. Mé působení probíhalo zejména formou konzultací a pozorování, a u některých rehabilitačních aktivit, jako například ergoterapie, jsem se mohla také aktivně zapojovat. Po celou dobu jsem se zaměřovala na průběh mezioborové spolupráce a její význam.

7.2 Cíl výzkumného šetření

Výzkumné šetření je zaměřeno na model mezioborové spolupráce v rámci oddělení péče o lidi se závažnou duševní poruchou v Klinickém centru NUDZ. Tímto výzkumným šetřením jsem chtěla prozkoumat, jaký význam a přínosy má mezioborová spolupráce v péči o duševní zdraví s pohledu sociálních pracovnic.

7.3 Respondenti výzkumného šetření

Dotazované osoby v rámci mého výzkumu byly sociální pracovnice s oddělení sociální práce v Klinickém centru NUDZ. Obě pracují v oblasti péče o duševní zdraví 6 a 10 let, což jim umožňuje, z hlediska jejich subjektivní zkušenosti pozorovat vývoj v péči o duševní zdraví. Jedna z nich, konkrétně vedoucí mé stáže, byla součástí multidisciplinárního týmu na oddělení psychotických a afektivních poruch, a druhá byla součástí multidisciplinárního týmu na oddělení neurotických poruch. Jejich práce je však úzce propojená. Pomáhají si, na mnohých činnostech spolupracují a vzájemně znají náplň práce na těchto odděleních. Obě byly seznámené s účelem mého výzkumného šetření a povolily mi zpracování zjištěných informací. V rámci ochrany osobních údajů zde žádné neuvádím.

7.3 Výzkumná metoda

Výzkumné šetření bylo prováděno kvalitativní formou, která je vhodná pro popis a hlubší pochopení určitých hypotéz. Vzhledem k tomu, že respondenty mého výzkumu tvoří odborníci v zkoumané oblasti, zvolila jsem polostandardizovaný rozhovor, zkoumající jejich profesionální postoje. Měla jsem předem vytvořenou strukturu rozhovoru, která se vztahovala k cíli výzkumu. Polostandardizovaná forma rozhovoru umožnila flexibilitu v reakcích tazatele na skutečnosti, které se objevily mimo předem dané struktury rozhovoru. Díky tomu bylo možné získat mnoho užitečných informací týkající se zkoumané oblasti. Oba respondenti byli, tázáni stejným okruhem otázek v přibližně stejném pořadí. K vyhodnocení jednotlivých otázek, jsem shrnula podstatu obou odpovědí vždy do jedné teze.

7.4 Struktura rozhovoru

Okruh otázek směřoval k cíli výzkumného šetření. Hlavní zaměření rozhovoru se týkalo významu mezioborové péče na klinice v NUDZ. Rozhovor se zajímal, zdali je z hlediska sociální práce pocíťovaná potřeba úzké spolupráce s dalšími odborníky, a jestli zdejší multidisciplinární péče přináší nějaké konkrétní přínosy pro sociální práci a pro lidi s duševním onemocněním. Rozhovor se zaměřil na model multidisciplinární péče v NUDZ, a také na jeho případné deficity. Jednotlivé otázky se prolínají a navzájem doplňují.

7.5 Dotazované oblasti a shrnutí odpovědí respondentů

Všechny předem připravené otázky polostandardizovaného rozhovoru jsou zde uvedeny. Odpovědi a případné další reakce respondentů jsou shrnuty v následujících tezích.

Vnímáte v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním potřebu spolupracovat s odborníky z jiných profesí?

S odpovědí respondentů vyplývá, že jejich potřeba spolupracovat s ostatními odborníky v rámci péče o lidi s duševním onemocněním vychází z toho, že duševní onemocnění samo o sobě mezioborovou péčí vyžaduje. Oba se shodují na tom, že se bez mezioborové spolupráce v podstatě neobejdou. Potřebují například vědět, jakou stanovil lékař pacientovi diagnózu, aby mohli podle toho dál plánovat s nemocným kroky v sociální oblasti. Dál uvádí, že samotný pacient je podněcující k spolupráci s ostatními pracovníky týmu, například tím, že spontánně hovoří o svých psychických, nebo zdravotních potřebách při sociální intervenci. Z toho vyplývají podněty pro práci dalších odborníků a zejména pro mezioborovou

konzultaci. Jeden s respondentů uvádí, že všechny kroky, které v sociální intervenci s pacientem podniká a to i v oblasti vztahové, pracovní či studijní nikdy nedělá sama za sebe ale se souhlasem ostatních členů týmu, aby nenesl tíhu odpovědnosti za neefektivně provedený postup práce.

Je někdo s vašeho multidisciplinárního týmu, s kým pocítujete větší potřebu spolupráce než s ostatními odborníky? Pokud ano uveďte prosím, o kterého odborníka se jedná, a proč je spolupráce s ním pro vás důležitá.

Oba respondenti se shodují na tom, že spolupráce s psychiatrem je pro ně velice potřebná. Informace od něj jsou pro ně nejzávažnější z hlediska zodpovědnosti za různá rozhodnutí, které v rámci sociální práce činí. Jeden s respondentů však rozhodně uvádí, že nejvíc potřebuje spolupracovat s psychologem. Uvádí, že se jejich pracovní témata pojí a částečně překrývají. Mnohdy se například při sociální intervenci otevírají vztahové a psychické potíže, které sociální pracovník z časových a někdy i kompetentních důvodů nemůže řešit a proto kontaktuje psychologa a žádá ho o spolupráci, nebo převzetí určité části jeho práce. Oba se však shodují, že spolupracují se všemi spolupracovníky v týmu přibližně ve stejné míře a necítí nevyváženou potřebu spolupráce pouze s jedním z odborníků.

Vnímáte otevřenost ze strany ostatních odborníků pro vzájemnou spolupráci s Vámi (sociálním pracovníkem)?

Jeden z respondentů uvádí, že vnímá naprostou otevřenost ze strany ostatních odborníků pro spolupráci s ním. Uvádí, že je přizván, ke všem aktivitám, které se na oddělení v rámci péče o lidi s duševním onemocněním dějí. Účastní se primářských vizit, porad i psychoterapeutických aktivit a to, jak v roli pozorovatele, tak aktivně. Subjektivně se domnívá, že nápady a návrhy, které do týmové práce přináší, bývají vyslyšené, neupadnou v zapomnění a diskutuje se o nich v rámci celého týmu. Z odpovědi druhého respondenta je patrné, že otevřenost ostatních odborníků pro spolupráci s ním vnímá pouze částečně, protože ne všichni odborníci dohlédnout, kam sahá jeho práce. Sociální práce má zde velmi široké pole působnosti v oblasti duševního zdraví, ostatní profesionálové však zatím netuší, co vše, je v kompetencích sociální práce.

Jaké jsou konkrétní přínosy mezioborové spolupráce pro Vaši sociální práci s lidmi s duševním onemocněním?

Jeden respondent uvádí, že v přímé práci s klientem v sociální oblasti, by se nejspíš obešel i bez mezioborové spolupráce ale důležité je to, že pacient, který je zde hospitalizován, vyžaduje komplexní péči v oblasti psychiatrické, zdravotní, psychické, rehabilitační i sociální. Součástí, jejich nemoci je také jejich sociální stránka, například pokud je někdo zadlužen, velice se tento problém prolíná do

zdravotního stavu. Takže hlavní přínos mezioborové spolupráce pro sociální práci vidí v možnosti naplňovat komplexní potřeby člověka s duševním onemocněním.

Oba respondenti se shodují na tom, že mezioborová spolupráce v péči o lidi s duševním onemocněním je pro ně velmi zajímavá zkušenost. Mají dojem, že se v multidisciplinárním týmu nachází u zdroje řešení klientova situace. Je pro ně velice zajímavé nahlížet na klienta, také z medicínského hlediska. Mohou sledovat, co se děje, když je pacient hospitalizován v akutní psychóze, jak se vyhodnocuje jeho zdravotní stav, co způsobují jednotlivé léky, což jim umožňuje v jejich sociálních intervencích pracovat s klientem s ohledem na tyto skutečnosti. Mezioborová spolupráce jim rozšiřuje vědomosti z jiných profesních oblastí, které je posouvají v jejich celkovém pohledu na duševní zdraví. Mezioborová spolupráce jim dává smysl, cítí ve své práci oporu, mají možnost sdílet své nejistoty a dostávat objektivní zpětnou vazbu z různých profesních pohledů.

V čem konkrétně je podle Vás pro lidi s duševním onemocněním přínosná mezioborová péče na klinice v NUDZ?

Hlavní přínos pro lidi s duševním onemocněním vidí oba respondenti v efektivitě léčby. Čím více lidí pohlíží na daného pacienta ze svého profesionálního hlediska tím lepší a rychlejší účinek léčby lze dosáhnout. Další přínos vidí v lidském přístupu k pacientům. Díky tomu, že se zde přistupuje k lidem s duševním onemocněním i s ohledem na psychickou zátěž, sociální situaci, vyvolává to v pacientovi pocit, že zde není ostatním lhostejný, jako člověk. Člověk s duševním onemocněním je vnímán, jako součást týmu, například i lékař a pacient jsou zde v partnerské rovině, přístup lékaře je osobní. Mezioborová spolupráce umožňuje prostor všem profesionálům zastávat kvalitně své role, věnovat se své práci a zároveň se orientovat v činnosti ostatních. To umožňuje přistupovat k pacientovi s individuálním ohledem. Například v případě nepříznivé finanční situace pacienta, se mu bude snažit lékař předepsat co nejméně finančně náročnou léčbu, protože díky spolupráci se sociálním pracovníkem ví, že má brát na jeho finanční situaci ohled. Ačkoliv je v klinickém centru kladen důraz především na to, aby pacienti odcházeli zdraví a správně „zamedikovaný“, tak je to vždy s citem ke konkrétnímu člověku, s konkrétním příběhem, a jeho sociální situací.

Oba respondenti se také shodují na tom, že pro některé pacienty má mezioborová péče význam obrovský, a pro některé minimální. Někteří pacienti mají funkční podpůrnou síť a řeší pouze zdravotní stránku problému a na druhou stranu, se zde vyskytují pacienti, pro které je mezioborová péče zásadní. Jedná se zejména o lidi s první atakou, kterým byla diagnostikována závažná duševní porucha. Tito pacienti a jejich rodiny většinou nevědí, jak se k tomuto problému postavit, zvláště když ve společnosti panuje o duševních nemocech mnoho mýtů a strašáků. Pro tyto

lidi má mezioborová péče, v rámci které otevřeně komunikujeme s pacientem i s jeho rodinou velký význam, zejména pro nalezení společné cesty úzdravy. Velký význam pro tyto lidi vidí z hlediska dalšího začlenění po ukončení hospitalizace. Díky mezioborovému přístupu člověk s duševním onemocněním není v této situaci sám, není odsouzen, ale je mu naopak nabídnuta úcta a pokora.

Je v současném modelu mezioborové spolupráce v Klinickém centru NUDZ něco co dle Vás nefunguje, a chtěli byste to změnit?

Z odpovědí respondentů jasně vyplývá, že se mezioborová spolupráce v NUDZ nachází v počáteční fázi, a proto některé věci zatím nefungují. Mezioborová spolupráce zde funguje zejména na bázi dobrovolnosti. Vždy záleží, jak se chce daná osobnost na určité pozici mezioborově angažovat, neexistují zde zatím žádné standardy pro multidisciplinární péči. Proto, aby spolupráce probíhala opravdu dobře, by bylo potřebné navzájem blíže nahlédnout, co obnáší práce jednotlivých pracovníků multidisciplinárního týmu. Jeden z respondentů uvádí, že by potřeboval absolvovat stáž u každého ze svých kolegů, alespoň na pár celých dní, aby viděl, co přesně práce jednotlivých odborníků obnáší a to zejména proto, aby se ve své činnosti neduplovali a věděli, kdo je v čem kompetentní, nebo v čem si naopak mohou více pomáhat.

Je něco co, byste chtěl ještě v rámci tématu rozhovoru doplnit, nebo zdůraznit?

Oba respondenti, chtěli na závěr podotknout, že mezioborová péče má opravdu smysl. Mají dojem, že zde záleží na tom, aby se člověk vracel do plnohodnotného života, přesto že onemocněl duševní poruchou. Respondenti se v rámci svých letitých zkušeností domnívají, že i přes určité mezery funguje Klinické centrum NUDZ v rámci mezioborové péče na velmi vysoké úrovni zejména v porovnání s jinými zařízeními.

7.7 Závěrečné vyhodnocení výzkumného šetření

Než budou uvedeny závěry plynoucí z výzkumného šetření, je nutné podotknout, že výzkum byl proveden na malém a konkrétně zaměřeném okruhu respondentů. Výsledky výzkumného šetření nelze tedy, považovat za zcela objektivní a všeobecně aplikovatelné. Přesto se domnívám, že závěry tohoto výzkumného šetření, mohou být pro rozvíjející se praxi mezioborové péče v oblasti duševního zdraví svým způsobem přínosné.

Z rozhovorů s respondenty jednoznačně plyne, že mezioborová spolupráce v péči o lidi s těžkým duševním onemocněním má smysl z mnoha důvodů. Mezioborová péče přistupuje k člověku s duševním onemocněním komplexně, s ohledem na jeho individuální potřeby. Mezioborová spolupráce umožňuje podchytit člověka s duševním onemocněním ze všech stran, hned v počátcích

duševní poruchy a zabránit tak vážným zdravotním, psychickým a sociálním dopadům. Z tohoto plyne, že mezioborová péče má obrovský význam zejména pro lidi, kteří se s duševní poruchou setkali poprvé, ale také pro ty, kteří se v důsledku dlouhodobých problémů vyplívajících s duševní poruchy a nedostatečné sociální podpory dostanou do náročné situace. Výsledky z rozhovorů poukazují na efektivitu mezioborové péče o lidi s duševním onemocněním, čímž potvrzují odborné teze. Díky mezioborové péči je možná včasná identifikace problémů ve všech směrech což zvyšuje účinky léčby a urychluje uzdravu. Tímto zjištěním se naplňuje jeden z cílů, psychiatrické reformy, který usiluje o včasnou diagnózu, prostřednictvím mezioborové spolupráce a vzdělávání laické i odborné společnosti.

Mezioborová péče nahlíží na člověka s duševním onemocněním, jako na biopsychosociální bytost, což umožňuje pacientům pocítit, že zde nejsou pečujícími odborníkům lhostejní. Přistupuje k člověku s duševním onemocněním osobně, na partnerské úrovni, čímž mu dává najevo, že je respektován se všemi jeho problémy. Z výzkumného šetření plyne, že význam mezioborové péče pro lidi s duševním onemocněním spočívá také v procesu léčby, která je vždy přizpůsobena konkrétním psychickým i sociálním možnostem pacienta, protože v rámci mezioborové spolupráce je zdravotní, psychická i sociální stránka pacienta prozkoumána. Nestane se tedy, že by léčba nebyla přizpůsobena sociální situaci pacienta, což opět zabraňuje negativním sociálním dopadům duševní poruchy. Mezioborová spolupráce aktivně zapojuje také rodinu a blízké do péče o člověka s duševním onemocněním, čímž vytváří podmínky pro pevnější podporu nemocného. Lze tedy usoudit, že mezioborová spolupráce v péči o lidi s duševním onemocněním má velký význam i z hlediska resocializace.

Dle respondentů má mezioborová spolupráce význam také pro sociální pracovníky, kteří jsou díky ní obohaceni v pohledu na duševní nemoc z jiných profesionálních oblastí. Ačkoliv by se čistě v sociálních intervencích obešli bez spolupráce jiných odborníků, bez mezioborové spolupráce by nemohli pacientovi komplexně rozumět, což by činilo jejich práci méně efektivní. Mezioborová spolupráce dává sociálním pracovníkům oporu v sociálních intervencích, viz citace z rozhovoru. „Kroky, které podnikám i vztahové problémy, každý zásah, nedělám nikdy sama za sebe ale za souhlasu ostatních. Nejsm na tu odpovědnost sama.“

Velký význam má spoluodpovědnost celého týmu i samotného pacienta za proces jeho uzdravy. Zabraňuje to subjektivním pocitům velké odpovědnosti, která mívá negativní psychické dopady, jak na odborné pracovníky, tak na člověka s duševním onemocněním. Tyto závěry odpovídají, nejen spontánnímu tvrzení sociálních pracovníků ale také odborné literatuře.

Z výzkumu plyne, že pro zkvalitnění mezioborové péče, by bylo vhodné zapojit do mezioborové spolupráce edukační a praktické stáže, v rámci, kterých by měl vždy jeden pracovník stáž u jiného odborníka, čímž by se umožnilo hlubší vzájemné pochopení jednotlivých profesních rolí. Důležité je zmínit, že rozvoj vzdělanosti jednotlivých odborníků v péči o duševní zdraví odpovídá na jeden ze strategických cílů aktuální psychiatrické reformy.

I přes určité mezery má mezioborová péče v klinickém centru NUDZ vysokou úroveň a zasluhuje se o komplexní zapojování lidí s duševním onemocněním do společnosti. Výsledky z výzkumného šetření se v mnohém shodují a doplňují se závěry odborných tezí. Je zřejmé, že mezioborová péče má teoreticky i prakticky dokazatelný význam pro kvalitní péči v oblasti duševního zdraví.

Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jaký význam má mezioborová spolupráce v péči o lidi se závažným duševním onemocněním, s pohledu sociální práce v Národním Ústavu duševního zdraví. Tento cíl byl naplňován prostřednictvím dostupné odborné literatury a výzkumného šetření v Národním ústavu Duševního zdraví.

Odborná literatura i výzkumné šetření se shodují na tom, že význam mezioborové spolupráce v péči o duševní zdraví spočívá zejména ve včasné identifikaci duševní poruchy, což podporuje nastavení vhodných intervencí a urychluje celkový proces léčby. Na základě odborných tezí a empirických studií bylo zjištěno, že mezioborová péče předchází častým hospitalizacím, nebo je alespoň značně urychluje. Výzkumné šetření přineslo zjištění, že mezioborová péče má velký význam zejména pro lidi, kteří se potýkají s první atakou nemoci a nachází se na začátku léčby. Mezioborová péče může podchytit jejich situaci hned v počátcích problému, čímž zabrání negativním dopadům poruchy a nasměruje je na správnou podporu a pomoc.

Díky mezioborové spolupráci se rozšiřuje znalost jednotlivých týmových pracovníků v oblasti duševního zdraví, což zvyšuje jejich odbornost a kompetence. Týmová pracovníci navzájem znají své možnosti, ve své práci se nedublují, ale doplňují, což zajišťuje efektivitu léčby. Významným benefitem mezioborové péče je důraz na individuální přístup, na jehož základě se přistupuje k člověku s duševním onemocněním s ohledem, na jeho konkrétní problémy a situaci, čímž se předchází závažným zdravotním, psychickým i sociálním dopadům. Komplexní řešení situace člověka s duševním onemocněním, poskytuje lidem s duševním onemocněním klidnější podmínky léčby a rychlejší rekonvalescenci. Součástí týmu je vždy člověk s duševním onemocněním, což mu přináší odpovědnost za vlastní léčbu, pocit rovnocennosti a zabraňuje to bezmoci v náročné situaci. Do mezioborové spolupráce je zapojena také rodina, čímž se vytváří základní systém opory pro nemocného a urychluje se tím resocializační proces.

Výzkumné šetření spolu s odbornou literaturou se shodují na tom, že mezioborová spolupráce v péči o duševní zdraví poskytuje velkou podporu všem pracovníkům týmu, kteří mají díky ní ve své práci větší jistotu a menší psychickou zátěž. Jejich práce se rozkládá do týmové spoluodpovědnosti. Mezioborová spolupráce je podmínkou kvalitní sociální práce v péči o lidi s duševním onemocněním. Význam mezioborové spolupráce spočívá zejména v komplexním zapojování lidí s duševním onemocněním do společnosti, čímž se zvyšuje kvalita jejich života.

Pro zkvalitnění mezioborové spolupráce by bylo vhodné zvýšit vzdělávání pracovníků v multidisciplinárních týmech, pro větší přehled o své vzájemné činnosti a kompetencích. Zvýšila by se efektivita práce a rozšířily znalosti pracovníků v komplexním pohledu na duševní zdraví. Mezioborová spolupráce v péči o duševní zdraví je velice široké téma, které ještě nemá jasné teoretické ani praktické vymezení. Mezioborová spolupráce zde byla nahlížena zejména z pohledu multidisciplinárních týmu v rámci psychiatrické péče. Je nutno podotknout, že do mezioborové spolupráce v péči o duševní zdraví je možné zahrnout i mnohem širší způsoby týmové práce, například prostřednictvím psychoedukace veřejnosti, která se poté stává součástí velkého mezioborového týmu, usilujícího o celospolečenskou změnu v pohledu na problematiku duševního zdraví.

V rámci této práce nebylo možné obsáhnout všechny možnosti, které mezioborová péče nabízí a některým tématům byla pozornost věnována pouze okrajově. Jedním z nich je metoda CAN: Camberwellské hodnocení potřeb, která je vyvinuta přímo pro komplexní mapování potřeb lidí se závažným duševním onemocněním. CAN by mohl představovat vysoce efektivní pomůcku pro kvalitní multidisciplinární péči. Téma práce v mnohém reaguje na budoucnost psychiatrie, proto jsou také odborné informace o mezioborové spolupráci v péči o duševní zdraví teprve ve vývoji. Teoretická část práce a výzkumné šetření se prolínají. Díky polostandardizovanému rozhovoru bylo možné v rámci výzkumu zjistit mnoho důležitých informací, které byly zasazeny do kontextu práce. Závěry plynoucí z práce se odvíjí z praxe Národního Ústavu duševního zdraví. Ačkoliv Národní Ústav duševního zdraví reprezentuje ČR v oblasti péče o duševní zdraví, závěry z této práce nelze zcela zevšeobecňovat.

V rámci stáže v Národním ústavu duševního zdraví, bylo možné pozorovat, že Mezioborová spolupráce ještě plně nevyužívá svých možností a sociální pracovníci, nejsou zapojeni do projektů, ve kterých by mohli být užiteční. Některá oddělení o sobě navzájem nevědí a nekomunikují spolu, čímž se ochuzují o nové možnosti mezioborové spolupráce. Všechno to vyplývá ze vzájemné oborové nevědomosti. Na základě těchto zkušeností se domnívám, že mezioborová spolupráce v péči o duševní zdraví je v České republice teprve ve vývoji, ale její efektivita je již teoreticky i prakticky osvědčena. Mezioborová spolupráce v péči o duševní zdraví se snaží o komplexní naplňování potřeb, čímž zabráňuje sociálnímu vyčlenění lidí s duševním onemocněním ze společnosti, jejich stigmatizaci a usiluje o celospolečenskou změnu v pohledu na duševní zdraví. Díky těmto zjištěním lze cíl práce pokládat v rámci možností za naplněný.

Seznam literatury

- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, 71 s. ISBN 978-80-87142-16-5.
- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-717-8735-3.
- BHUGRA, D., SARTORIUS, N., FIORILLO, A., EVANS-LACKO, S., VENTRIGLIO, A., HERMANS, M.H.M., VALLON, P., DALES, J., RACETOVIC, G., SAMOCHOWIEC, J., ROCCA BENNEMAR, M., BECKER, T., KURIMAY, T., GAEBEL, W. (2015). EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. *The Journal of European Psychiatric Association*, 30(3): 423-430.
- BOND, Gary R., Robert E. DRAKE, Kim T. MUESER a Deborah R. BECKER. *An Update on Supported Employment for People With Severe Mental Illness* [online]. 1997[cit. 2015-04-05]. Dostupné z: <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3464/335.pdf>.
- BREZNOŠČÁKOVÁ, Dagmar, Tomáš NOVÁK a Pavla STOPKOVÁ. *Jak se vyrovnat s mánií a depresí: příručka pro pacienty s bipolární afektivní poruchou*. Praha: Maxdorf, 2008, 94 s. (některé složené). ISBN 978-80-7345-131-8.
- Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislosti: Národní ústav duševního zdraví* [online]. [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/centrum-pro-vyzkum-zavislosti/profil/>
- DÖRNER, Klaus. *Osvobozující rozhovor: psychicky nemocný v rodině*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 132 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9892-X.
- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- FIALA, Marek a kol. *Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)*. 2014, 16 s. Dostupné také z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Standard-CDZ_final_leden2015.pdf.
- FIALOVÁ, Alena. *Problémové sociální situace a události: nejčastější otázky lidí s duševním onemocněním* [online]. 2007, [cit. 2015-05-25]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/problemove-socialni-situace.pdf>.
- FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství: v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Lidové noviny, 1994, 209 s. Edice 21, sv. 3. ISBN 80-710-6085-2.

- Historie a současnost: Národní ústav duševního zdraví* [online]. [cit. 2015-05-26].
Dostupné z: <http://www.nudz.cz/o-nas/historie-soucasnost/>.
- HÖSCHL, Cyril a LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002, 895 s. ISBN 80-900-1301-5.
- HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009, 184 s. ISBN 978-802-4616-261.
- JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Pallata, 1996.
- JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-807-3675-837.
- Klinické centrum: Národní ústav duševního zdraví* [online]. [cit. 2015-05-26].
Dostupné z: <http://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/klinicke-centrum/profil/>.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-802-4726-991.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.
- MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.
- MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 143 s. ISBN 978-807-3677-237.
- MATOUŠEK, Oldřich a KOLÁČKOVÁ, Jana a Kodymová, Pavla Ko. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-807-3678-180.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální práce a sociální služby* [online]. [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče. Reforma péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2015-05-25]. Verze 1.0, 2013, 78 s. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf.
- Oddělení 3: Národní ústav duševního zdraví* [online]. [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/lecebna-pece/oddeleni-3/profil/>.
- Oddělení sociální psychiatrie: Národní ústav duševního zdraví* [online]. [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/strategie-planovani-socialni-psychiatrie/profil/>.

- PEČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-807-3872-533.
- PODHAJSKÁ, Jana. *Aktivní začleňování osob s duševní poruchou prostřednictvím multidisciplinárních týmů [i.e. týmů]*. Praha: ESET-HELP, 2011, 35 s. ISBN 978-80-254-9680-0.
- PRAŠKO, Ján. *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, 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PEČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 978-802-6207-313.
- PROBSTOVÁ, Václava a ŠELEPOVÁ, Pavla a DRAGOMIRECKÁ, Eva a KALVODA, Hynek a SOCHOROVÁ, Gabriela a PEČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb: komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním: manuál*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011, 63 s. ISBN 978-80-260-0138-6.
- Proč to děláme?: Reforma péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2015-05-25].
Dostupné z:
http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.VUYJCHtmko.
- PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE. Ne stigmatizaci duševně nemocných [online]. [cit. 2015-05-25]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/lecba/ne-stigmatizaci-dusevne-nemocnych/>.
- Psychoterapie a psychosociální intervence: Schizophrenia24x7* [online]. [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <http://www.schizophrenia24x7.cz/psychotherapy-and-psychosocial-interventions>.
- RABOCH, Jiří a Barbora WENIGOVÁ. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Praha: Česká psychiatrická společnost o. s., 2012, 224 s. Dostupné také z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf.
- Reforma psychiatrické péče - ZDN* [online]. Mladá fronta a.s. [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/reforma-psychiatricke-pece-475769>.
- Rozpracování strategie (pracovní skupiny): Reforma péče o duševní zdraví [online]. [cit. 2015-05-25].
Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/implementacni-ramec/#.VUY1YSHtmko>.
- Sdružení Práh: O duševním onemocnění* [online]. [cit. 2015-05-25]. Dostupné z: <http://prah-brno.cz/o-nas/o-dusevnim-onemocneni>.

- STYX, Petr. *O psychiatrii Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi: Kdo je zdravý a kdo nemocný?*. Vyd. 1. nám. 28. dubna 48, 635 00 Brno: Computer Press, 2003. ISBN 8072268287.
- Svépomoc a poskytovatel péče: protipóly nebo partneři* – Vida o. s., Praha 2001.
- ŠUPA, Jiří. *Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*. Brno, 2006, 23 s.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, a WORLD HEALTH ORGANISATION. *Poruchy duševní a poruchy chování* [online]. 2014 [cit. 2015-05-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. A přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-670.
- WILKEN, Jean Piere a Dirk den HOLLANDER. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci* [online]. 1999, [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://www.kcentrumnoe.cz/cze/getfile.php?FileID=258>.
- WINKLER, Petr, CSÉMY, Ladislav, JANOUŠKOVÁ, Miroslava, BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie (2014): Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*, 18(2): 54-59.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Facing the Challenges, Building Solutions*. Helsinky, 2005, 12 s., EUR/04/5047810/7.
- Žákon o sociálních službách. 108/2006 Sb. 2006. Dostupné také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.